СОВЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

5

МЕДГИЗ — 1955 — МОСКВА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

СОВЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

П. Л. ШУПИК (редактор)
Н. А. АЛЬБОВ, Е. Д. АШУРКОВ, Г. Н. БЕЛЕЦКИЙ,
Н. А. ВИНОГРАДОВ (зам. редактора), В. Л. ДЕРЯБИНА,
К. Ф. ДУПЛЕНКО, Ф. Г. ЗАХАРОВ, Б. Н. КАЗАКОВ, К. В. МАЙСТРАХ,
Т. В. МИРОНОВ, И. А. ПАШИНЦЕВ, Б. Д. ПЕТРОВ, В. П. ПОХВАЛИН,
И. Б. РОСТОЦКИЙ (секретарь)

5

СЕНТЯБРЬ — ОКТЯБРЬ

ГОД ИЗДАНИЯ XIV

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ ☆ 1955 ☆ МОСКВА

СОДЕРЖАНИЕ

Казаков Б. Н. Подбор кадров — важнейшая часть организаторской работы 3
Михайличенко Г. П. Опыт повышения квалификации главных врачей больниц 7
Козлова В. Н. Преподавание организации терапевтической службы . . 11
Глинский А. М., Седов К. Р. Опыт творческого содружества ученых и практических врачей на Куйбышевской ГЭС 14
Гаврилов Н. И. Об экспертизе временной нетрудоспособности . . . 18
Каценеленбаум М. С. Изучение заболеваемости рабочих по случаям нетрудоспособности и контингенту больных лиц 22

Дискуссии

Птуха М. В. и Каган С. С. К вопросу о сплошном учете заболеваний в системе Министерства здравоохранения СССР 27
Карчаева А. И. Организационно-методические вопросы по изучению общей заболеваемости населения 32
Голожинский Г. С. Теоретические рассуждения, оторванные от практики 37

История здравоохранения и медицины

Слонимская И. А. Участие передовых медицинских работников в революционном движении 1905—1907 гг. 39

За рубежом

Рубакин А. Н. Хосе Мария Пенна — пионер здравоохранения в Аргентине 46

Критика и библиография

Шуклин К. К. и Конюхов Г. И. Рецензия на «Советское медицинское реферативное обозрение», в. 12—13, 1954 51
Пионтковский И. А. Письмо в редакцию 52
Заблудовский П. Е. Ответ на письмо в редакцию проф. И. А. Пионтковского 54

Съезды, совещания, конференции

Мендрина Г. И., Ищенко Н. П., Журавлева К. И. Межобластная научная конференция по краевой истории медицины Сибири 61

Хроника

Техн. редактор *Ю. С. Бельчикова* Корректор *Р. В. Пашкова*

Сдано в набор 9/VIII 1955 г. Подписано к печати 27/IX 1955 г. Формат бумаги 70×108¹/₁₆ = 2,0 бум. л. 5,48 печ. л. 6,20 уч.-изд. л. Тираж 15080 экз. Т 07836.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Заказ 2525. Москва, 2-я типография Медгиза, Кривоколенный пер., 12

ПОДБОР КАДРОВ — ВАЖНЕЙШАЯ ЧАСТЬ ОРГАНИЗАТОРСКОЙ РАБОТЫ

Б. Н. КАЗАКОВ (Москва)

Начальник Управления кадров Министерства здравоохранения РСФСР

Коммунистическая партия учит, что успех любого дела решают люди, кадры.

Подбор кадров — важнейшая часть организаторской работы. Для того чтобы наиболее целесообразно использовать знания и способности работников и быть уверенным, что они обеспечат выполнение порученного им дела, следует систематически изучать людей.

Уделяя большое внимание укреплению и совершенствованию работы государственного аппарата, В. И. Ленин неоднократно подчеркивал огромное значение хорошего знания кадров. В письме тов. Цюрупе в феврале 1922 г. он писал: «Изучать людей, искать *умелых* работников. В этом суть теперь; все приказы и постановления—грязные бумажки без этого» [1].

Проверки деятельности органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации, проводимые Министерством здравоохранения РСФСР, подтверждают, что там, где живая, активная работа по изучению кадров рассматривается и используется как главное средство улучшения дела, имеются успехи и, наоборот, там, где эта работа подменяется канцелярско-бюрократическими методами изучения кадров, отмечаются крупные недостатки и серьезные провалы в работе.

Изучение кадров — активный, творческий процесс. Изучать кадры — это значит прежде всего судить о них по тому, как они работают, проверять их деловые и политические качества по результатам их практической деятельности. Это не исключает изучения других данных, которые дают возможность всесторонне знать кадры: биографии работника, его предыдущей служебной деятельности, сведений об образовании и т. д. Однако партия всегда подчеркивала недопустимость изучения людей только по анкетным данным, на основании бумаг. Между тем в практике работы органов и учреждений здравоохранения, в том числе в Министерстве здравоохранения РСФСР, имеет место увлечение канцелярскими методами изучения кадров. До последнего времени многих работников, входящих в номенклатуру министра и начальников главных управлений, изучали лишь на основании представленных ими личных дел. Пристрастие к отражению на бумаге возможно большего количества формальных данных о работнике приводит к тому, что в различных учреждениях Министерства здравоохранения РСФСР существуют самые разнообразные формы анкет с десятками никому не нужных, лишних вопросов. Причем нередко анкеты, предназначенные для учета руководящих кадров, заполняют все рабочие, служащие и обслуживающий персонал органов и учреждений здравоохранения. Эта работа, особенно в крупных институтах и больницах, отвлекает сотрудников отделов кадров, отнимает у них много времени. Во многих учреждениях нет строгой регламентации в отношении количе-

[1] В. И. Ленин, Собрание сочинений, т. 35, стр. 462.

ства анкет, которые одновременно должны собственноручно заполнять поступающие на работу, в отношении того, как часто следует обновлять заполнение анкетно-биографических данных уже работающими. Во многих здравотделах и учреждениях здравоохранения не довольствуются анкетой, заполняемой при поступлении работника, а требуют повторного заполнения анкет с целью обновления личного дела.

Подобная практика приводит к тому, что работники отделов кадров фактически отвлекаются от активного и действительного изучения кадров у них вырабатывается формально-бюрократический, канцелярский подход к изучению и подбору кадров.

Эти недостатки в учете и изучении кадров, имеющихся в органах и учреждениях здравоохранения, необходимо устранить и навести необходимый порядок.

Личный листок по учету кадров имеет в виду только работников, назначаемых на номенклатурные должности, и нет никакой нужды распространять заполнение личного листка на какие-либо другие категории работников.

Нельзя допускать, чтобы в органах и учреждениях здравоохранения требовали от работников, занимающих номенклатурные должности, повторного заполнения личных дел и автобиографий в порядке так называемого обновления материала. Руководители учреждений и сотрудники отделов кадров обязаны систематически отражать в личных делах работников изменения в анкетно-биографических данных. При назначении на номенклатурную должность работник должен заполнить не более двух экземпляров личного листка и автобиографии независимо от того, в каком количестве организаций он должен состоять на персональном учете.

Наведение порядка в учете и улучшение изучения кадров дадут возможность сосредоточить внимание руководителей органов и учреждений здравоохранения, работников отделов кадров на действительном, а не канцелярско-бюрократическом изучении людей.

Правильный подбор руководящих кадров, организация систематической работы по повышению их квалификации, воспитание этих кадров являются одним из главных условий, определяющих пути дальнейшего подъема здравоохранения и повышения качества медицинского обслуживания населения.

От того, как расставлены люди, насколько правильно понимают они задачи, ради выполнения которых произведена эта расстановка, зависит успех выполнения обязательств, стоящих перед органами здравоохранения.

Не менее важное значение имеет организация работы с этими кадрами. Опыт, накопленный по работе с руководящими кадрами в органах здравоохранения РСФСР, позволяет рекомендовать некоторые ее формы. Очень важно, чтобы эта работа проводилась не от случая к случаю, а стала системой. При выдвижении работника на ту или иную руководящую должность целесообразно использовать его вызов на утверждение в министерство или отдел здравоохранения для детального ознакомления с положением дел в той области, районе или учреждении, на том участке, которым он будет руководить. Необходимо, чтобы руководящие работники аппарата — члены коллегии, начальники управлений и секторов, каждый по своей отрасли—подробно ознакомили работника с результатами анализа деятельности отдела здравоохранения или учреждения за прошедший период, подробно остановились на имеющихся недостатках и вместе с ним наметили бы мероприятия по устранению этих недостатков, по улучшению работы. Подробный инструктаж, проведенный с работником, как показывает опыт, дает положительные результаты уже на первых этапах его деятельности. Кроме того, личный контакт, устанавливаемый с руководящими работниками аппарата в процессе этого инструктажа, в последующем позволит работнику более оперативно решать вопросы, возникающие

в его работе. На первых порах своей деятельности вновь выдвинутый работник должен находиться постоянно в поле зрения вышестоящего органа. Возможные трудности и ошибки будут тем быстрее устранены, чем больше внимания будет ему уделено, своевременная помощь и поддержка укрепляют уверенность в своих силах, позволяют успешнее руководить порученным делом.

Надо всегда помнить, что с выдвижением кадров работа по их изучению не кончается, а продолжается еще более активно. Весьма желательно по прошествии 3—6 месяцев направить для проверки и оказания практической помощи вновь назначенному работнику ответственного сотрудника из аппарата или вызвать его с отчетом о работе, проведенной за этот период. Оправдывает себя также посылка с этой целью руководящего работника из другой области, города, района, возглавляющего аналогичный участок работы и имеющего уже достаточный опыт. В Тульской области, например, подобная практика применяется довольно широко. Она способствует также обмену опытом работы. В этой области руководящие кадры сменяются значительно реже, чем в других областях нашей республики. Работа с руководящими кадрами находится в центре внимания облздравотдела. Среди заведующих районными отделами здравоохранения много врачей, работающих на этих должностях 5—10 лет. Тульский облздравотдел, как правило, один раз в квартал проводит совещание с заведующими райздравотделами по наиболее актуальным вопросам. На этих совещаниях широко популяризируется опыт работы лучших заведующих райздравотделами. Заведующие райздравотделами всегда встречают помощь и поддержку со стороны заведующего облздравотделом т. Демьянова, который часто выезжает к ним, помогает им устранять недостатки в работе, в необходимых случаях ставит вопрос перед облисполкомом, когда, например, правильные действия райздравотдела не встречают поддержки райисполкома. Все это способствует воспитанию руководящих кадров, положительно влияет на качественные показатели работы медицинских учреждений области.

Одной из оправдавших себя форм работы с руководящими кадрами является поручение им разработать тот или иной организационно-методический вопрос здравоохранения, подготовить методическое письмо или проект приказа, статью для печати на заданную тему, проанализировать состояние одного из разделов здравоохранения в городе, районе, области, разработать мероприятия, направленные на улучшение дела, и доложить на коллегии или на медицинском совете. Все это, способствуя повышению квалификации работника, вместе с тем позволяет судить о его росте, работе над собой, о его кругозоре.

К сожалению, многие руководители отделов здравоохранения, сетуя на трудности в работе из-за малого штата аппарата, совершенно не используют в своей работе большой актив руководящих кадров, опытных, знающих свое дело людей. При правильной организации работы с руководящими кадрами аппарат министерства здравоохранения АССР, областного, краевого и городского отделов здравоохранения значительно успешнее будет справляться со стоящими перед ними задачами.

Забота о постоянном совершенствовании уровня руководства делом здравоохранения, что может быть достигнуто только систематической и целеустремленной работой с кадрами, должна проявляться в организации специальной учебы руководящих кадров, повышении их квалификации. Основным средством остается самостоятельная работа—изучение многих источников по организации здравоохранения и медицине. Крайне желательно, чтобы лекции, выпускаемые ЦИУ для заочного обучения, являлись достоянием всех организаторов здравоохранения — это поможет делу. Вообще вопросам заочного обучения руководящих кадров министерства здравоохранения АССР, краевые, областные, городские отделы здравоохранения должны уделять больше внимания. До сих пор эта форма об-

учения кадров нами недооценивается. За последние 2 года главные управления и управления министерства силами аппарата и научно-исследовательских институтов периодически проводят 10-дневные семинары для заместителей заведующих облздравотделами, начальников секторов и инспекторов аппарата министерств здравоохранения АССР и отделов здравоохранения. Такие семинары провело Главное управление лечебно-профилактической помощи, Управление медицинской помощи детям и матерям, Главное санитарно-противоэпидемическое управление, Управление кадров и другие.

Вот как, например, был организован семинар для начальников секторов и инспекторов по кадрам. Программа семинара была рассчитана на 10 дней. Два дня были отведены для лекций, которые были прочитаны работниками аппарата Управления кадров по следующим темам: 1) «Очередные задачи по работе с медицинскими кадрами». В этой лекции большое место было отведено общим задачам органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации, из которых вытекали задачи работы с кадрами; 2) «Работа с руководящими кадрами»; 3) «Распределение молодых специалистов»; 4) «Использование данных статистического анализа при планировании расстановки кадров»; 5) «Формы и методы воспитания кадров»; 6) «Усовершенствование и специализация врачей»; 7) «Организация работы по поощрению и награждению медицинских кадров»; 8) «Работа с трудовыми книжками».

Четыре дня были посвящены практическим занятиям по этим темам в отделах Управления кадров. Участники семинара были разбиты на 6 групп по 10—12 человек и имели возможность детально познакомиться с организацией работы по всем разделам. Один день был выделен для встречи с начальниками главных управлений и управлений министерства, которые каждый по своей отрасли поставили конкретные задачи по работе с кадрами педиатров, терапевтов, санитарных врачей и других специалистов. Последний день был посвящен обмену опытом работы. По двум докладам начальников секторов кадров — Архангельского (т. Немытышева) и Тульского (т. Илюхина) облздравотделов развернулся оживленный обмен мнениями. Аналогичным образом проводились семинары и по другим управлениям. Занятиями в семинаре было охвачено большинство работников аппарата министерств здравоохранения АССР, краевых и областных отделов здравоохранения.

Во всех управлениях стали отмечать, что на местах после этого более квалифицированно и оперативно решают вопросы здравоохранения. Самым ценным при этом было то, что семинары проводились в основном силами работников аппарата министерства и способствовали повышению квалификации не только работников, вызванных с мест, но и работников самого аппарата. Периодическое проведение таких семинаров для руководящих работников аппарата здравотделов и руководителей учреждений следует настоятельно рекомендовать. В Московском горздравотделе, например, после проведения семинара с работниками по кадрам медицинских учреждений, заметно оживилась работа с кадрами, более правильно стали решаться вопросы подбора и расстановки кадров, их усовершенствования и специализации.

В подготовке руководящих кадров большую роль призваны сыграть годичные курсы по подготовке и переподготовке руководящих кадров при Центральном институте усовершенствования врачей в Москве. Эти курсы за несколько лет своего существования полностью себя оправдали, они обеспечивают всестороннюю подготовку слушателей и многие из числа окончивших их успешно работают сейчас министрами здравоохранения АССР, заведующими областными, краевыми и городскими отделами здравоохранения, в аппарате Министерства здравоохранения РСФСР. Следует, однако, сказать, что за последние годы требования к кандидатам на эти курсы снизились, отдельные здравотделы рекомендуют на учебу

товарищей, не имеющих опыта руководящей работы, недостаточно серьезно относятся к отбору кандидатов на эти курсы и занимают в этом вопросе пассивную позицию.

Наряду с этим, именно в этих областях ощущается недостаток в квалифицированых кадрах организаторов здравоохранения. Серьезные претензии в этом отношении надо предъявить к Великолукскому (заведующий т. Наумов), Новгородскому (заведующий т. Барыбин), Калужскому (заведующий т. Иванов) облздравотделам. Необходимо поднять значение этих курсов, направить на учебу, в первую очередь, руководящий состав министерств здравоохранения АССР, областных и краевых отделов здравоохранения, главных врачей областных, краевых и крупных городских больниц. Неблагополучно обстоит дело с комплектованием 2-месячных курсов для организаторов здравоохранения при Казанском и Сталинском институтах для усовершенствования врачей. Многие здравотделы не используют выделенные им путевки, опять-таки занимая пассивную позицию в подготовке руководящих кадров. Подобное положение в дальнейшем нетерпимо, оно наносит вред делу здравоохранения.

Добиваясь повышения уровня руководства здравоохранением в республике, перестраивая работу аппарата в направлении более живого оперативного руководства работой местных органов, Министерство здравоохранения РСФСР за последнее время провело ряд межобластных совещаний с руководителями областных, краевых отделов здравоохранения и министрами здравоохранения АССР. На этих оперативных совещаниях обсуждались наиболее актуальные вопросы улучшения медицинского обслуживания населения, обеспечения выполнения народнохозяйственного плана и др. Здесь же происходит обмен опытом работы. В ближайшее время такое же совещание будет проведено с заведующими городскими отделами здравоохранения. Эта новая форма работы с руководящими кадрами, применяемая министерством, должна дать свои положительные результаты.

Только при активной работе по выращиванию и подготовке руководящих кадров, используя при этом все возможные формы, органы здравоохранения Российской Федерации добьются новых успехов в деле дальнейшего подъема здравоохранения, в выполнении задач, поставленных партией и правительством по охране здоровья советского народа.

Коренное улучшение подбора, расстановки и воспитания кадров в системе здравоохранения Российской Федерации — неотложная задача организаторов здравоохранения.

Поступила 2/VIII 1955 г.

ОПЫТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ БОЛЬНИЦ

Г. П. МИХАЙЛИЧЕНКО

Заведующая Житомирским облздравотделом

Вопрос, поднятый М. А. Головиной на страницах журнала «Советское здравоохранение» в ее статье «Из опыта повышения квалификации главных врачей больниц», нам кажется чрезвычайно серьезным и актуальным.

Задачи, которые ставит партия и правительство перед органами здравоохранения: профилактическое направление, диспансеризация городского и сельского населения, культура обслуживания, участковость и целый ряд

других — могут быть решены в том случае, когда руководить этими учреждениями будут культурные, грамотные врачи.

Кроме того, главный врач районной больницы вместе с заведующим районным отделом здравоохранения отвечает за организацию лечебного дела во всем районе. На ответственности главного врача лежит вся постановка лечебной работы как в районе, так и в участковых больницах и на фельдшерско-акушерских пунктах.

Главный врач районной больницы несет большую ответственность за организацию и проведение диспансеризации населения, за санитарно-просветительную работу.

Значительно повысилось значение районной больницы в связи с тем, что она является теперь организационным и методическим центром, принимает непосредственное участие в повышении квалификации участковых врачей и средних медицинских работников.

Главный врач районной больницы несет также ответственность и за ее финансовую деятельность, за своевременный ремонт, оборудование, оснащение медицинским и хозяйственным инвентарем, организацию питания больных.

Министерство здравоохранения СССР придавало и придает большое значение вопросу повышения квалификации врачей всех специальностей. Прочное место, наряду с циклами специализации и усовершенствования, в повышении квалификации заняли прерывистые курсы, организуемые главными специалистами на базе областной и межрайонных больниц, на которые систематически вызывают заведующих горздравотделами.

Вопросу повышения квалификации главных врачей городских и районных больниц Министерство здравоохранения УССР до последнего времени не уделяло должного внимания и только в этом году оно впервые наметило проведение таких курсов.

Министерством здравоохранения УССР до сего времени не разработаны программы проведения декадников для главных врачей при облздравотделе.

Мы придаем большое значение ежегодной защите главными врачами своих годовых отчетов на медицинских советах при облздравотделе, расценивая это как один из методов повышения их квалификации.

Прежде прием отчетов мы проводили так же, как об этом сообщает М. А. Головина, т. е. главный врач, сдав отчет в статистический сектор облздравотдела, на следующий день защищал его на заседании медицинского совета облздравотдела.

Опыт показал, что такая защита приносит не очень много пользы, и мы перешли на другой путь приема отчетов, подвергая предварительно глубокому анализу качественные показатели работы больниц. Предварительный анализ отчета осуществляет организационно-методический кабинет областной больницы, который мы привлекли к этой работе.

Для более глубокого понимания многих вопросов этим кабинетом разработана для главных врачей больниц инструкция, как анализировать отчет, как выводить показатели работы. Для работников облздравотдела разработана схема анализа отчетов городских и сельских больниц.

После того, как статистический отчет сдан главным врачом в облздравотдел, организационно-методический кабинет областной больницы и статистик облздравотдела, согласно этим схемам, анализируют отчет и выводят все необходимые показатели.

Главные специалисты одновременно изучают и анализируют разделы отчета, каждый по своей специальности, учитывая материалы проверок больниц на протяжении года.

Только после такого предварительного детального изучения отчета, имея у себя все основные показатели деятельности, мы вызываем на заседания медицинского совета главного врача больницы, заведующего рай-

здравотделом, главных врачей участковых больниц района, а иногда и отдельных районных специалистов.

Главный врач за это время успевает в свою очередь, согласно инструкции, проанализировать свой отчет и подготовить его текстовую часть с основными показателями и их объяснением. Обычно главный врач к моменту отчета сам находит слабые места в деятельности руководимого им учреждения. Докладывая на заседании медицинского совета облздравотдела о деятельности лечебного учреждения за год, он одновременно говорит и о тех мероприятиях, которые намечает провести для того, чтобы улучшить качественные показатели к следующему году.

На защиту мы сразу приглашаем представителей нескольких районов, стараемся вызывать главных врачей больниц с лучшими и худшими показателями при равных условиях работы для наглядного их сравнения, для того чтобы на опыте лучших учить отстающих.

Серьезно подготовленные таким способом защиты проходят очень оживленно, в обсуждении принимают участие и главные специалисты, и представители, вызванные из районов.

Мы считаем, что защита отчета приносит руководителю огромную пользу, помогает вскрыть имеющиеся недостатки, сознательно наметить пути их устранения, мобилизовать не только руководителя, но и его сотрудников на выполнение стоящих перед ними задач.

Практика показывает, что при рекомендуемом нами порядке имеется возможность ежегодно заслушивать отчеты всех городских и районных больниц, части участковых больниц, диспансеров и таким образом охватить все основные лечебные учреждения.

Главные врачи районных больниц, ощущая пробелы в своих знаниях по финансированию, планированию, статистике и т. д., подняли вопрос о том, что им необходима помощь в повышении квалификации.

Идя им навстречу, в первых числах января этого года при помощи сотрудников кафедры организации здравоохранения Киевского медицинского института имени академика А. А. Богомольца (директор И. П. Алексеенко) мы провели двухдневный семинар главных врачей больниц по анализу статистических отчетов городских и сельских больниц.

В этом году мы предполагаем провести с главными врачами декадник по основным вопросам организации здравоохранения: статистике, планированию, финансированию, теоретическим основам и организационным принципам советского здравоохранения и т. д.

Большой школой для главных врачей нашей области являются заседания медицинского совета при облздравотделе, на которых подвергаются обсуждению все разделы нашей многообразной работы. Каждому очередному заседанию медицинского совета предшествует серьезная подготовка. Работники облздравотдела и врачи областной больницы предварительно обследуют либо деятельность учреждений здравоохранения района в целом, либо отдельные ее разделы, после чего руководителей больниц, отдельных специалистов вызывают на заседание медицинского совета. Обсуждение состояния того или иного участка работы района на медицинском совете помогает главному врачу своевременно подтянуть отстающий участок, улучшить показатели, усилить наблюдение, принять меры к укреплению работы.

Во всех проводимых нами мероприятиях большую помощь оказывает областная больница как методический и организационный центр.

Все районные лечебные учреждения нашей области очень тесно связаны в своей работе с областной больницей. Работники последней сумели добиться того, что главные врачи районных больниц консультируются с главными специалистами и врачами больницы, обращаются за помощью в ее организационно-методический кабинет. Все специалисты областной больницы и врачи кабинета систематически выезжают в районы для оказания практической помощи в организационной и лечебной работе.

Нам не совсем понятны функции описываемой М. А. Головиной балансовой комиссии, существование которой, если мы правильно поняли ее сообщение, приводит к необходимости выезда главного врача районной больницы в областной центр два раза: один — для защиты статистического отчета и второй — для отчета по финансовым вопросам.

Нам кажется, что гораздо целесообразнее обсуждать вопросы финансово-хозяйственной деятельности лечебного учреждения одновременно с отчетом и нет необходимости искусственно разрывать две стороны одной и той же работы.

Участие в заседаниях медицинских советов при защите отчетов городских и районных представителей планового сектора и бухгалтера облздравотдела позволяет одновременно разобраться во всех сторонах деятельности лечебного учреждения.

Совершенно правильно М. А. Головина обращает в своей статье внимание на значение участия общественности в деятельности лечебных учреждений (производственные совещания, советы содействия). Недооценка всех этих форм общественной помощи, повидимому, имеет место еще во многих областях нашей страны.

Опыт работы, которым поделилась М. А. Головина, заслуживает серьезного внимания со стороны всех руководителей здравоохранения. В мероприятия по повышению квалификации главных врачей больниц, предлагаемые М. А. Головиной, мы считаем необходимым внести следующие коррективы:

1. Нецелесообразно проводить двухгодичные прерывистые курсы главных врачей, так как это очень растягивает время подготовки. Гораздо существеннее ежегодно организовывать декадники по специально разработанной Министерством здравоохранения СССР программе, в которую министерства здравоохранения республик могут вносить свои поправки применительно к местным условиям.

К проведению декадников должны быть привлечены главные специалисты, заведующие секторами облздравотдела, работники медицинских институтов.

2. Считать излишним проводить балансовые комиссии, передав их функции медицинским советам при облздравотделах.

3. Разделяем полностью предложение об организации 2-месячных курсов для главных врачей при институтах усовершенствования врачей.

Все остальные мероприятия, намеченные М. А. Головиной, чрезвычайно актуальны, и если Министерство здравоохранения СССР поддержит наши начинания и желания, поможет программами и методическими указаниями, мы сумеем повысить квалификацию главных врачей, а значит, улучшим деятельность лечебных учреждений, расширим медицинскую помощь и благодаря этому добьемся выполнения задач, которые ставит перед нами партия и правительство.

Поступила 8/II 1955 г.

ПРЕПОДАВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Доцент В. Н. КОЗЛОВА

Из кафедры госпитальной терапии (зав. — проф. В. Г. Вогралик) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова (дир. — доцент Н. Н. Мизинов)

Преподаванию вопросов организации здравоохранения на клинических кафедрах следует уделять большое внимание. Это связано с тем, что врач любой специальности является в то же время и организатором здравоохранения, ибо современное профилактическое направление советского здравоохранения требует от врача глубокого знания его организационных вопросов. Опыт учит, что диспансеризация, борьба с инфекционными заболеваниями, своевременная диагностика и правильное лечение, лечебно-охранительный режим наиболее правильно и эффективно осуществляются теми лечебно-профилактическими учреждениями, в которых организационным вопросам придается должное внимание.

Совершенно прав был М. И. Калинин, когда он в своих высказываниях утверждал, что от каждого специалиста, помимо знаний, требуется еще, чтобы он был и организатором. Быть просто инженером, врачом, педагогом и т. д. — это еще не все.

Преподавание вопросов организации не должно ограничиваться кафедрой организации здравоохранения, где преподают лишь общие основы организации советского здравоохранения. Особенности организации той или иной службы — хирургической, терапевтической, акушерско-гинекологической и т. д.—безусловно следует преподавать в процессе прохождения курса на соответствующих кафедрах. Эта система преподавания организационных вопросов наиболее правильна, так как терапевты, хирурги, окулисты, работающие во всех звеньях данной службы, хорошо знакомы с ее организационными особенностями. Только при такой системе преподавания возможна конкретизация общих теоретических положений, полученных студентами на кафедре организации здравоохранения.

Что касается преподавания вопросов организации терапевтической службы, то нам кажется, что основное внимание этим вопросам из всех терапевтических кафедр должна уделять кафедра госпитальной терапии. Это связано с тем, что на кафедру госпитальной терапии студенты приходят после изучения теоретического курса на кафедре организации здравоохранения с известным запасом теоретических знаний и практического опыта по терапии. На кафедре госпитальной терапии создается возможность уделять больше внимания вопросам организации терапевтической службы как в лекционном курсе, так и на практических занятиях.

Во вступительной лекции, помимо изложения задач и особенностей госпитальной терапевтической клиники, студенты знакомятся со структурой терапевтической службы в нашей стране, в республиках, областях, городах и районах. Излагаются принципы работы главных терапевтов, обращается внимание на роль и значение областных стационаров как методических центров и центров повышения квалификации врачей. В качестве примера приводится организация терапевтической службы Горьковской области и работа областной больницы, которая проводит выезды специалистов в районы области для плановой работы и оказания экстренной помощи, организует повышение квалификации врачей на межрайонных базах, проводит ежегодные областные совещания с обсуждением основных организационно-методических и наиболее актуальных научно-практических вопросов с активным участием местных работников.

В этой лекции разбираются также методические вопросы диспансеризации больных внутренними заболеваниями. Студенты знакомятся с последними методическими указаниями Министерства здравоохранения

СССР по вопросам диспансеризации. Обращается особое внимание на диспансеризацию сельского населения. Подчеркивается роль диспансерного метода в активном выявлении, лечении и предупреждении внутренних заболеваний, разбираются вопросы документации, сроки повторных осмотров при различных заболеваниях и при различных вариантах и фазах течения одного и того же заболевания. Разбирается необходимость трудоустройства, организации быта, проведения различных лечебных мероприятий, санаторно-курортного лечения и т. д., приводятся примеры диспансеризации населения Горьковской области.

На практических занятиях в стационаре и поликлинике при клинических разборах обязательно решается вопрос о необходимости и целесообразности диспансеризации данного больного, сроках его повторных вызовов, лечебных мероприятиях и т. д.

Одно из практических занятий отводится на непосредственное знакомство с работой отдельных звеньев терапевтической службы. Это занятие проводится в стационаре, приемном отделении и поликлинике по плану, изложенному в соответствующем методическом указании, составленном кафедрой.

Обычно преподаватель с группой делает общий обход отделения — палат, подсобных помещений, диагностических и лечебных кабинетов. Во время обхода подчеркивается, что лечение в больнице включает комплекс мероприятий, предусматривающих прежде всего создание наиболее благоприятных условий для больного во время пребывания его в больнице и направленных к одной цели — излечению больного, облегчению его страданий.

Преподаватель во время обхода знакомит студентов с существующим в клинике порядком поступления и выписки больных, оформлением историй болезни поступивших и выписанных больных, заполнением справок, выдаваемых больным при выписке, или посылаемых в соответствующие лечебные учреждения. При этом разбирается история болезни и справки поступивших и выписанных в этот день больных.

При обходе отделения обращается внимание на распределение больных по палатам тяжело больных с легочными нагноениями, с болезнью Боткина, что создает возможность более правильно и целесообразно организовать уход и наблюдение за больными. В палатах студенты знакомятся с организацией работы врачей, среднего и младшего персонала. Подчеркивается роль палатного врача в организации лечения, в обеспечении надлежащего санитарного состояния палаты и больных, в повседневном руководстве и воспитании среднего и младшего персонала. Преподаватель знакомит студентов с планом санитарно-просветительной работы среди больных, с принципом его составления и методикой проведения бесед. Подробно разбирается режим дня больных, методика проведения лечебно-охранительного режима, часа отдыха, организация удлиненного сна. Подробно изучаются правила выписки, раздачи и хранения медикаментов, особенно ядовитых и сильнодействующих, при этом группа подробно осматривает шкаф с сильнодействующими и ядовитыми средствами.

Обращается внимание на устройство шкафов А и В, списки медикаментов, хранящихся в этих шкафах, и на ответственность за хранение медикаментов. Группа задерживается у рабочего места старшей сестры, подробно знакомится с ведением стационарного журнала, хранением и выдачей больничных листов, графиком работы персонала, методикой передачи дежурств средним персоналом.

Разбираются права и обязанности дежурного врача, демонстрируется журнал передачи дежурств врачами, зачитываются записи дежурного врача в историях болезни тяжело больных, обращается внимание на поведение дежурного врача в случаях чрезвычайных происшествий, смерти больных, на своевременность извещения главного врача и заведующего

отделением при чрезвычайных происшествиях, беседы с родственниками больных.

При обходе пищевого блока указывается на значение диэтпитания в комплексном лечении больных. Студенты знакомятся с выпиской порционных требований, с организацией питания тяжело больных, больных желудочно-кишечными расстройствами, болезнями кроветворных органов и т. д.

При обходе приемного отделения подчеркивается исключительно важное значение приемного отделения в организации работы больницы. Группа практически знакомится с основными видами работы приемного отделения: с регистрацией и учетом больных, с неотложной диагностикой и оказанием экстренной помощи терапевтическим больным, санитарно-гигиенической обработкой больных, очередностью их поступления в отделения больницы, внутрибольничной транспортировкой и переводами в другие больницы.

Разбирая особенности организации поликлинического звена терапевтической службы преподаватель подчеркивает значение поликлиники как комплексного учреждения в оказании различных видов лечебной и профилактической помощи. Обращается внимание на значение поликлиники в выявлении ранних форм и предупреждении развития хронических заболеваний внутренних органов. Разбирается структура областных, городских и районных поликлиник, порядок направления больных в областную поликлинику. При обходе поликлиники указывается на возможность и необходимость комплексного обследования больных путем консультаций с различными специалистами, применения дополнительных лабораторных, рентгенологических и других методов исследования. Разбирается неразрывность связи поликлиники со стационаром и приемным отделением, отмечается необходимость учета данных, полученных при обследовании больных в поликлинике, с обязательной фиксацией в обменной карте результатов обследования и лечения в виде эпикриза в больнице.

В условиях областной поликлиники особое внимание обращается на правильное заполнение извещения, посылаемого областной консультативной поликлиникой в медицинское учреждение, приславшее больного на консультацию, так как это извещение помогает районному врачу в правильном распознавании заболевания, позволяет наметить и осуществить рациональный план лечения и является одним из видов повышения квалификации районных терапевтов.

Особенности исследования больных и ведения поликлинической документации обычно разбираются на первом поликлиническом приеме.

В стационаре и поликлинике студенты по годовым отчетам, картам выбывших из стационара больных знакомятся с особенностями отчетности терапевтической службы.

В поликлинике студенты знакомятся с вопросами экспертизы трудоспособности. Преподаватель подчеркивает, что лечебная помощь тесно связана с экспертизой трудоспособности. Отмечается, что при патологии внутренних органов может быть временная утрата трудоспособности (главным образом при острых заболеваниях) и стойкая (преимущественно при хронических заболеваниях). При знакомстве с работой ВКК разбирается документация, эпикризы больных, направленных на ВКК для продления лечения, трудоустройства, направления на ВТЭК.

Преподаватель знакомит группу с работой ВТЭК, порядком направления больных, документацией, особенностями экспертизы при стойкой утрате трудоспособности. Кроме того, в 2 лекциях освещаются вопросы врачебно-трудовой экспертизы временной нетрудоспособности и врачебно-трудовой экспертизы стойкой утраты трудоспособности при внутренних заболеваниях.

Разбирая организационные особенности работы врача на участке, преподаватель подчеркивает, что эта работа складывается из лечебной

и профилактической (диспансеризация, проведение противоэпидемических мероприятий, санитарно-просветительная работа). Обращается особое внимание на значение активных вызовов, организации необходимых условий на дому для лечения больного, привлечения участковой сестры, необходимость заключительных эпикризов при направлении больных в стационар или поликлинику для дальнейшего лечения.

При знакомстве с работой поликлиники и помощи на дому студенты практически знакомятся с диспансеризацией больных.

Поступила 8/II 1955 г.

ОПЫТ ТВОРЧЕСКОГО СОДРУЖЕСТВА УЧЕНЫХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ НА КУЙБЫШЕВСКОЙ ГЭС

А. М. ГЛИНСКИЙ,

Начальник санитарного отдела Куйбышевской ГЭС,

кандидат медицинских наук К. Р. СЕДОВ,

председатель научно-медицинского общества врачей Куйбышевской ГЭС,

Строительство величайшей в мире Куйбышевской ГЭС вызвало большой патриотический подъем всего советского народа. По призыву Коммунистической партии и Советского правительства в район строительства приехали тысячи различных специалистов, которые показывают образцы трудового героизма.

Перед медицинской службой стояла и стоит ответственная и почетная задача: провести необходимую профилактическую работу по предупреждению различных заболеваний и промышленного травматизма, организовать надлежащую квалифицированную медицинскую помощь во всех звеньях строительства.

Благодаря заботе Коммунистической партии и Советского правительства в районе строительства в кратчайшие сроки были построены, оснащены необходимым оборудованием и укомплектованы кадрами лечебно-профилактические учреждения (больницы, амбулатории, детские сады и ясли, санитарно-эпидемиологические станции, станции скорой помощи и др).

Многочисленный коллектив медицинских работников строительства, используя достижения передовой советской науки, смело и настойчиво внедряет в практическую жизнь учение И. П. Павлова, новые методы обследования и лечения больных.

Большую помощь лечебным учреждениям Куйбышевской ГЭС оказывают различные научно-исследовательские институты страны, лечебные учреждения Куйбышевской области и Куйбышева, в том числе Куйбышевский медицинский институт, Куйбышевский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены, Куйбышевский институт охраны материнства и детства, Институт терапии АМН СССР, Институт организации здравоохранения АМН СССР, Институт вирусологии АМН СССР.

В районе строительства Куйбышевской ГЭС несколько раз работали бригады Академии медицинских наук СССР.

Особенно следует отметить Куйбышевский медицинский институт, сотрудники которого оказывают большую систематическую консультативную и методическую помощь. Только за 1954 г. представителями института было прочитано медицинским работникам строительства 45 докладов на различные медицинские темы. С докладами неоднократно выступали проф. Н. Е. Кавецкий, М. В. Сергиевский, Т. И. Ерошевский, А. М. Аминев, Н. Ф. Шляпников, В. К. Федоров, доценты Н. А. Кузьмина, Я. М. Гринберг и др. Для оказания консультативной помощи институт

регулярно два раза в месяц посылает бригады, состоящие из видных специалистов — терапевтов, хирургов, гинекологов, педиатров и др. Только за 1954 г. в район строительства сотрудниками института произведено 138 выездов, во время которых проконсультировано 1 458 больных, произведено много сложных операций. В клиниках института выделены специальные койки, на которых госпитализируют строителей Куйбышевской ГЭС.

Куйбышевский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены оказывает большую методическую и практическую помощь санитарно-эпидемиологическим станциям строительства. С участием сотрудников этого института проводится вся противоэпидемическая работа на стройке. Многие сотрудники Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены и медицинского института работали в районе строительства по 2—3 месяца, оказывая практическую помощь в организации бактериологических и санитарно-гигиенических лабораторий, освоении новых методов исследования и лечения больных. Особенно большую помощь оказали директор института К. П. Васильев, научные сотрудники этого института И. В. Черкасов, М. И. Гриндзайд, Попова и некоторые другие.

Творческое содружество ученых и медицинских работников Куйбышевской ГЭС значительно повысило активность местных врачей.

С начала строительства здесь организовано единое научно-медицинское общество, которое объединяет, помимо врачей Куйбышевской ГЭС, врачей Жигулевска, Ставрополя и Ставропольского района. При обществе работают три секции: терапевтическая, хирургическая и рентгенологическая. Один раз в месяц правление общества проводит пленарные заседания. Только за последние 2 года на заседаниях общества заслушано 103 доклада. За 4 года было проведено 12 заседаний совместно с областными филиалами всесоюзных обществ терапевтов, хирургов, патологоанатомов и акушеров-гинекологов.

В настоящее время 38 практических врачей в районе строительства Куйбышевской ГЭС ведут интересную научно-практическую работу. За 4 года строительства Куйбышевской ГЭС ими написаны 52 научные работы, из которых 17 уже опубликованы в печати, 10 сданы в печать, остальные доложены на заседаниях научно-медицинского общества, научно-практических конференциях стройки Куйбышевской области и в научно-исследовательских институтах страны. Кроме этого, в настоящее время готовятся к защите 4 кандидатских и одна докторская диссертация. За последнее время не проходило ни одной конференции областного или республиканского значения в Куйбышеве, где бы не выступали с научными докладами врачи Куйбышевской ГЭС.

Творческое содружество ученых и практических врачей стройки значительно способствует повышению культуры медицинского обслуживания строителей, квалификации медицинских работников и резкому улучшению качества работы лечебных учреждений.

Так как некоторые разрабатываемые врачами темы имеют большое научно-практическое значение, считаем необходимым на них остановиться.

Грандиозные сооружения Куйбышевской ГЭС, раскинувшиеся на десятки километров, потребовали создать заново, в короткий срок, организацию здравоохранения, несколько отличную от обычной сети советского здравоохранения. В настоящее время местными врачами под руководством работников Института организации здравоохранения АМН СССР и Куйбышевского медицинского института проводится глубокое изучение особенностей организации медицинского обслуживания на Куйбышевской ГЭС. Надо полагать, что данная научная работа будет иметь большое значение в деле правильной организации медицинской службы на других крупнейших стройках нашей страны.

В некоторых населенных пунктах к моменту начала строительства Куйбышевской ГЭС наблюдалась высокая заболеваемость малярией. Ме-

дицинскими работниками медико-санитарного отдела строительства совместно с медицинскими работниками Ставропольского и Жигулевского районов под руководством областной малярийной станции проделана огромная противомалярийная работа, в результате которой достигнуто резкое снижение заболеваемости малярией в Ставропольском и Жигулевском районах. При этом полностью оправдала себя массовая профилактика всего населения по схеме лечебного цикла. В данной работе была использована самая совершенная форма медицинского обслуживания населения—диспансеризация, состоящая из своевременного выявления больных, страдающих малярией, четкого проведения полного курса противомалярийного лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения за переболевшими в течение 2 лет. В системе лечения больных малярией было полностью опровергнуто наличие акрихиноупорных случаев. Оказалось, что в этих случаях больные страдали другими заболеваниями (туберкулез, ревматизм, бруцеллез и некоторые др.) или не получали систематического курса лечения.

Под руководством сотрудников Института терапии АМН СССР в районе строительства Куйбышевской ГЭС в Ставрополе проводится научно-практическая работа по профилактике и лечению больных гипертонической болезнью и атеросклерозом. Собраны интересные материалы, характеризующие этиологию, патогенез и клиническую картину гипертонической болезни. В основу этой работы также положен диспансерный метод. Это позволило путем длительного наблюдения за больными получить ценные данные, указывающие на влияние различных бытовых и производственных факторов на течение заболевания. При этом диспансерный метод оказался чрезвычайно ценным в изучении особенностей высшей нервной деятельности человека. Касаясь этого вопроса, нельзя не отметить, что диспансерный метод позволяет наиболее полно и всесторонне определить силу, подвижность и уравновешенность основных нервных процессов. Изучение названных заболеваний в их взаимосвязи дает возможность утверждать, что атеросклероз является одной из предрасполагающих причин развития гипертонической болезни в старческом возрасте.

Длительное диспансерное наблюдение за переболевшими дизентерией, проведенное участковыми врачами Ставрополя, показало, что правильная своевременная госпитализация больных и четкое последовательное проведение лечебных мероприятий в большинстве случаев гарантирует от рецидивов этого заболевания, обеспечивая полное выздоровление, что хроническая дизентерия есть результат несвоевременной госпитализации и неправильного, бессистемного лечения. Во время диспансерного обслуживания выявлено много больных с так называемыми стертыми формами. Больных со стертыми формами дизентерии до диспансерного обслуживания считали больными хроническим гастритом, гепатитом, колитами, в то время как в основе названных заболеваний лежала хроническая дизентерия.

Врачами инфекционного отделения Комсомольской больницы под руководством Р. Д. Зархи накоплен и обобщен большой материал по вопросу лечения антибиотиками больных коклюшем и профилактики дифтерийного бациллоносительства.

В лечебных учреждениях строительства Куйбышевской ГЭС с 1951 г. проводится интересная работа по изучению некоторых вирусных заболеваний. Эта работа была начата при активном участии сотрудников Института вирусологии АМН СССР под руководством члена-корреспондента АМН СССР проф. М. П. Чумакова. Достойно глубокого сожаления, что этот институт в последнее время полностью выключился из указанной работы, что в значительной мере сказывается на успешности ее завершения.

Творческое содружество научных сотрудников Куйбышевского института охраны материнства и детства, клиники гинекологии Куйбышевского медицинского института и областного онкологического диспансера с вра-

чами-гинекологами Куйбышевской ГЭС выразилось во внедрении новых методов обследования и лечения больных гинекологическими заболеваниями. Под руководством сотрудников этих учреждений и при их активном участии на стройке проводятся систематические осмотры женщин, которые позволяют своевременно выявлять ранние формы заболеваний. Данный метод оказался особенно ценным для выявления ранних форм заболевания раком женской половой сферы.

Заведующей Ставропольским родильным домом Т. И. Даниловой внедрен в наших родовспомогательных учреждениях метод психо-профилактического обезболивания родов, заведующей гинекологическим отделением Портовой больницы врачом Н. И. Гальпер накоплен интересный материал по вопросу лечения эрозий шейки матки жидкостью Гордеева. В настоящее время в лечебных учреждениях Куйбышевской ГЭС внедряется новая методика оживления мертворожденных введением крови через пуповину.

Широкое распространение в лечебных учреждениях ГЭС получило лечение различных заболеваний легких введением лекарственных препаратов через бронхоскоп или катетер. Пользуясь этим методом, врач В. Т. Воробьева получила чрезвычайно интересные данные по лечению больных хроническими бронхитами. Многолетнее использование этого метода показало, что систематический туалет бронхиального дерева и гнойных полостей антибиотиками позволяет не только сохранить жизнь, но и восстановить и поддерживать трудоспособность больных, страдающих хроническими гнойными заболеваниями легких. Сравнительная оценка различных методов интратрахеального и интрабронхиального введения лекарственных препаратов позволяет сделать вывод о том, что бронхоскопический метод имеет несомненные преимущества перед остальными.

Несмотря на то, что в настоящее время для диагностики болезней желудка широко используются различные клинические, лабораторные и рентгенологические методы исследования больного, распознавание некоторых хронических заболеваний желудка, особенно гастритов, неврозов желудка, ранних форм новообразований и даже язвенной болезни в ряде случаев является трудным для практического врача. Для улучшения диагностики этих заболеваний в лечебных учреждениях получило широкое распространение инструментальное обследование больного методом гастроскопии. Многолетнее применение этого метода показало, что он является безопасным и вполне доступным практическому врачу. Накопленный опыт применения гастроскопической методики исследования частично обобщен и уже опубликован на страницах центральных медицинских журналов, частично обобщается в настоящее время. Комплексное обследование больного желудочными заболеваниями показало, что только тщательное изучение жалоб, анамнестических данных, анализ клинической картины заболевания, лабораторных данных и данных рентгенологического и гастроскопического исследований больного позволяют правильно ставить точную локальную диагностику у большинства больных, страдающих различными заболеваниями желудка.

Врачи-хирурги широко внедряют новые хирургические методы. Большое место в их работе занимает профилактика и лечение травматизма. Благодаря проведенным комплексным профилактическим мероприятиям за последние годы промышленный травматизм резко снизился. На стройке не зарегистрировано ни одного случая заболевания столбняком. Ведущими хирургами стройки И. И. Усовым и В. П. Савельевым произведено несколько удачных операций при проникающих ранениях сердца. Врачами-хирургами Ставропольской больницы под руководством Р. М. Левицкого собран большой материал длительного орошения антибиотиками брюшины при перитонитах через микродренаж.

В кратком сообщении трудно перечислить все области, в которых успешно работают врачи Куйбышевской ГЭС. Однако и сказанного доста-

точно, чтобы оценить громадное значение творческого содружества ученых и практических врачей для развития советской науки и здравоохранения.

Следует отметить некоторые недостатки в нашей работе. В районе Куйбышевской ГЭС еще ведется мало комплексных научно-практических работ. Некоторые научные сотрудники институтов стараются использовать материал, накопленный практическими работниками, для своей работы, не привлекая их к научной работе. Часть научных докладов, которые читают ученые для медицинской общественности, излагаются в отрыве от запросов практического здравоохранения, без учета подготовки аудитории, в результате чего их содержание не всегда бывает усвоено и использовано для практики.

Некоторые научные работники институтов планируют свою научную работу без запросов практического здравоохранения, без согласованности с местными органами здравоохранения. В результате такая работа, проводимая в условиях лечебных учреждений строительства Куйбышевской ГЭС, мешает проведению основных лечебно-профилактических мероприятий.

Надо надеяться, что творческое содружество ученых нашей страны и практических врачей Куйбышевской ГЭС в дальнейшем позволит наладить образцовое медицинское обслуживание строителей.

Поступила 24/II 1955 г.

ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Н. И. ГАВРИЛОВ

Начальник медико-санитарной части Подольского механического завода имени М. И. Калинина

В борьбе за снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих промышленных предприятий чрезвычайно важную роль играет состояние и качество экспертизы временной нетрудоспособности лечебно-профилактических учреждений.

В целях повышения качества медицинского обслуживания больных и постановки экспертизы временной нетрудоспособности при лечебных учреждениях Министерством здравоохранения СССР были созданы врачебно-консультационные комиссии (ВКК). Положение об этих комиссиях, изданное около полутора десятков лет назад, устарело и нуждается в пересмотре. Это тем более важно, что в ряде лечебных учреждений ВКК перестали придавать надлежащее значение как центральному и наиболее компетентному органу экспертизы трудоспособности, органу комплексной и квалифицированной консультации больного. Отдельные лечебные учреждения не руководствуются существующим положением о ВКК, не обеспечивают комиссии постоянным квалифицированным составом врачей основных специальностей (терапевтом, хирургом, невропатологом). Там по существу штампуется медицинская документация в целях внешней законной ее обработки. В ряде лечебных учреждений Московской области (Ступино, Орехово-Зуево), по согласованию с Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС, полностью ликвидированы ВКК, а экспертиза трудоспособности передана заведующим отделениями объединенных больниц.

На основании опыта последних 5—6 лет мы прежде всего считаем, что такая ликвидация центрального органа лечебно-профилактического

учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности ничем не оправдана. Обойтись без центральной врачебно-консультационной комиссии или подобного органа во главе с главным врачом или его заместителем нельзя. Один заведующий отделением или старший ординатор вместе с лечащим врачом не может разрешить с полной компетентностью и знанием дела все случаи экспертизы, правильно оценить все сложнейшие патологические процессы у отдельных больных и дать действительно квалифицированное и комплексное заключение о больном; не всегда он сможет также разрешить возникающие иногда конфликтные случаи. Кроме того, многие объединенные лечебно-профилактические учреждения по своим штатным возможностям не располагают всеми отделениями во главе с заведующим, а чаще всего имеют одного-двух специалистов по узким специальностям: офтальмологии, ото-ларингологии, фтизиатрии и т. д. Оставить экспертизу трудоспособности в руках этих специалистов без консультации и контроля никоим образом не следует хотя бы из-за невозможности повышения их знаний по вопросам экспертизы и оформления важнейшего медицинского и финансового документа — листка нетрудоспособности.

Всякая отмена контроля в этой области приведет лишь к отрицательным результатам. Не случайно в открытой сети, несмотря на наличие там зачастую более квалифицированного состава врачей, чем в медико-санитарных частях промышленных предприятий, показатели по временной нетрудоспособности хуже, а случаев необоснованной выдачи листков нетрудоспособности больше, чем в лечебных учреждениях промышленных предприятий.

Особенно неблагополучно обстоит дело в психо-неврологических учреждениях, где на длительное время выдают листки нетрудоспособности по таким диагнозам, как астеническое состояние, дипсомания, невротические реакции, психастения, психопатия и т. д.

Невзирая на наличие номенклатуры заболеваний, врачи нередко ставят на листке нетрудоспособности несуществующие диагнозы: миокардиодистрофия, гриппозное состояние, лихорадка и т. д.

Оформление листков нетрудоспособности нередко бывает небрежным и неряшливым. Вместе с тем некоторые полагают, что ликвидация ВКК и передача экспертизы заведующим отделениями улучшит положение.

Нам кажется, что это не совсем так. И в настоящих условиях ответственность за выдачу и оформление листков нетрудоспособности лежит на лечащем враче и заведующем отделением, причем через их руки проходят 80—85% всех начатых и законченных листков нетрудоспособности (до 6 дней течения заболевания).

Только наличие специального, в основном контрольного, органа по экспертизе трудоспособности (в составе председателя — главного врача или его заместителя и членов — заведующих отделениями), обязанного регулярно, хотя бы один раз в неделю, обсуждать вопросы экспертизы в лечебном учреждении, может привести к уменьшению ошибок.

Всякую необоснованную выдачу листка нетрудоспособности следует рассматривать как серьезную ошибку врача и подвергать разбору. Вопросы экспертизы трудоспособности должны быть предметом обсуждения и анализа постоянно действующего контрольного органа.

В целях повышения качества экспертизы трудоспособности медико-санитарная часть Подольского механического завода имени М. И. Калинина сразу же после объединения больницы с поликлиникой реорганизовала постановку всей контрольно-консультационной деятельности по экспертизе трудоспособности и провела с врачами объединения специальные семинары по экспертизе временной нетрудоспособности. Такие семинары проводились нами ежегодно.

Программа занятий включала: а) изучение условий труда на производстве, технологию производственных процессов, гигиену труда;

б) диагностику и терапию различных заболеваний и экспертизу трудоспособности при них с учетом и в зависимости от выполняемой работы, трудовых приемов и нагрузки; в) вопросы временного и постоянного трудоустройства.

Для усиления практической консультационной работы с врачами большая часть экспертной и контрольно-консультационной работы была передана в руки заведующих терапевтическим и хирургическим отделениями и старших ординаторов. По тем специальностям (гинекология, фтизиатрия), по которым имелось два-три врача и не было отделений, были выделены врачи, ответственные за экспертизу трудоспособности.

На заведующих отделениями и ответственных врачей мы возложили обязанность по проведению экспертизы трудоспособности в сомнительных и неясных для ординатора случаях, временного перевода с одной работы на другую, консультации всех больных, имевших 6—7 дней временной нетрудоспособности.

Для проведения этой работы каждый заведующий отделением, старший ординатор и ответственные врачи в графике своей работы получили строго фиксированные дни и часы консультаций с лечащим врачом не менее одного дня в неделю. Мы убедились, что совместные консультационные приемы, на которые заблаговременно назначаются больные, весьма полезны. Они не отвлекают лечащих врачей от их работы, не обременяют больного излишним посещением поликлиники на ВКК.

Как показал опыт, при такой практике основная масса больных попадает именно в фиксированные дни и часы консультаций и лишь отдельные, единичные больные консультируются в срочном порядке в другое время.

Заведующие отделениями и старшие ординаторы в консультационные дни проводят не только консультацию больных, но и выделяют специальное время для проверки всей документации ординатора и, в частности, качества ведения историй болезни всех нетрудоспособных больных. Во всех сложных и неясных случаях заведующий отделением дает указание ординатору показать ему больного и осматривает его в день прихода в поликлинику совместно с лечащим врачом.

Передача в руки заведующих отделениями и старших ординаторов указанной выше работы значительно разгрузила ВКК от консультационной деятельности и позволила ей больше заниматься контрольными функциями, увеличила количество совместных консультаций лечащих врачей с заведующими отделениями, создала возможность осуществлять систематическое коллегиальное решение вопросов экспертизы. Так, если до подобной передачи врачебно-консультационная комиссия медико-санитарной части консультировала в месяц 250 больных, то после этого она стала консультировать в месяц 60—70 человек. Заведующий терапевтическим отделением, например, до реорганизации работы ВКК консультировал в месяц в среднем 15—20 больных, теперь он консультирует в среднем 150 человек. Подавляющее большинство больных, консультация которых не представляла затруднений для заведующих отделениями, и больных, которые не нуждались в консультации ВКК, отсеялось. Врачебно-консультационная комиссия медико-санитарной части, состоящая из ее начальника — председателя и хирурга, заведующего терапевтическим отделением, врача-невропатолога, работала один раз в неделю для контрольно-консультационных функций и один раз в неделю — для функций контроля.

Основными показаниями для направления на ВКК являлась экспертиза больных, требующих консилиума врачей различных специальностей, все конфликтные случаи, решение вопроса о первичном направлении больных на врачебно-трудовую экспертную комиссию для определения состояния стойкой потери трудоспособности, а также отбор больных со сложными диагнозами, представляющими научно-практический интерес для врачей и органов здравоохранения и для обсуждения их на научно-

практических конференциях. Кроме того, ВКК осуществляла и осуществляет систематический контроль за состоянием и качеством экспертизы трудоспособности по отделениям и специальностям и проводит выборочную проверку качества установления экспертизы временной нетрудоспособности отдельными врачами во время их работы в поликлинике и стационаре. Как правило, на ВКК направляли больных лечащие врачи и заведующие отделениями. Все выявленные ошибки в постановке экспертизы трудоспособности, фиксируемые ВКК, все случаи необоснованной выдачи листков нетрудоспособности подвергались тщательному разбору на врачебных конференциях. Нам кажется, что ликвидация ВКК ослабила бы контроль за состоянием экспертизы трудоспособности в лечебных учреждениях и ухудшила ее качество.

Наша работа по экспертизе трудоспособности способствовала повышению качества диагностики и экспертизы трудоспособности, уменьшению врачебных ошибок и необоснованной выдачи листков нетрудоспособности. Так, процент расхождений поликлинических и клинических диагнозов в 1951 г. составлял 7,3, в 1952 г. — 5,9, в 1953 г. — 5,1. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в последние 6—7 лет находится на сравнительно невысоком уровне, в среднем около 700 дней нетрудоспособности на 100 застрахованных в году, и этому в значительной степени также способствовала повседневная работа по повышению качества экспертизы временной нетрудоспособности во всех звеньях и участках медико-санитарной службы Подольского механического завода имени М. И. Калинина.

Выводы

1. В настоящих условиях ликвидация центральной ВКК не может способствовать повышению качества экспертизы трудоспособности.

2. Для повышения качества экспертизы трудоспособности необходимо проводить ежегодные семинары с врачами лечебных учреждений по определенной программе.

3. Необходимо строго разграничить работу по экспертизе для ВКК и для заведующих отделениями, передав последним значительную часть работы ВКК.

4. Основными функциями ВКК следует считать ее контрольную деятельность за состоянием экспертизы трудоспособности всех отделений и врачей лечебного учреждения, консультация больных ответственным и квалифицированным составом врачей, решение вопроса о первичном направлении больных на ВТЭК, разбор конфликтных случаев и отбор больных для обсуждения на научно-практических конференциях.

5. Заведующие отделениями, старшие ординаторы и ответственные врачи тех специальностей, по которым нет отделений и в которых насчитывается не менее 2—3 врачей-специалистов, обязаны проводить еженедельный совместный с лечащим врачом консультационный прием больных, нуждающихся в уточненной диагностике и терапии, продлении лечения свыше 6—7 дней нетрудоспособности, направлении на ВТЭК для переосвидетельствования и решения вопросов о временном трудоустройстве.

6. Подобный пересмотр функций ВКК, передача значительной части экспертной и консультационной деятельности заведующим отделениями и старшим ординаторам, как показывает опыт медико-санитарной части Подольского механического завода имени М. И. Калинина, служат повышению качества экспертизы трудоспособности, снижению ошибок в диагностике и экспертизе, тем самым способствуя снижению заболеваемости с временной нетрудоспособностью.

Поступила 30/XII 1954 г.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОЧИХ ПО СЛУЧАЯМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ ЛИЦ

М. С. КАЦЕНЕЛЕНБАУМ (Москва)

Из Научно-исследовательского санитарного института имени Эрисмана

Изучение состояния здоровья населения по материалам первичной обращаемости, а также изучение заболеваемости промышленных рабочих по случаям и дням нетрудоспособности в настоящее время подвергается вполне обоснованной критике со стороны многих исследователей.

Отдавая должное трудам отечественных статистиков дореволюционного периода (Песков, Дементьев, Осипов и др.), а также работам наших современников (Куркин, Богословский, Кувшинников, Вигдорчик, Хоцянов, Маркузон, Брушлинская), мы все же не можем на настоящем этапе советского здравоохранения ограничиться изучением заболеваемости только по случаям болезни.

Анализ о б е з л и ч е н н ы х случаев болезни не только мешает правильной оценке и пониманию связи между факторами внешней среды (производственной и внепроизводственной обстановкой) и динамикой патологической пораженности отдельных лиц, но нередко приводит и к неправильным заключениям.

Параллелизм в динамике показателей заболеваемости отдельными нозологическими формами принимается иногда как свидетельство их связи, тогда как только изучение заболеваемости отдельных лиц давало бы право на такое заключение.

Ряд советских статистиков и профгигиенистов выдвигает в связи с этим требование сделать краеугольным камнем статистического изучения состояния здоровья населения не случай первичного обращения или нетрудоспособности, а б о л ь н о г о (Кувшинников, Смулевич, Хоцянов, Мазур, Стожкова). Эти авторы говорят о больном, как о «подлинной единице наблюдения» (Смулевич), о «единице счета» (Мазур) и т. п. Подобная точка зрения нашла, повидимому, свое отражение в том, что Министерство здравоохранения СССР ввело с 1953 г. индивидуальную статистическую карту с уточненным диагнозом, которая должна облегчить исследователю изучение заболеваемости населения по контингентам больных лиц.

Институт имени Эрисмана уже в течение ряда лет сочетает в своих исследованиях состояния здоровья населения и заболеваемости среди промышленных рабочих (с временной утратой трудоспособности) изучение к о н т и н г е н т о в больных лиц наряду со случаями заболеваний.

Институт провел углубленное изучение заболеваемости рабочих многочисленного коллектива одной обувной фабрики по контингенту больных лиц и случаям нетрудоспособности за 1950—1952 гг. Такое диференцированное исследование значительных контингентов больных в динамике за ряд лет позволяет дать оценку познавательного значения этого метода исследования.

В настоящей статье мы остановимся только на тех методических вопросах изучения заболеваемости рабочих по контингенту больных лиц, которые выходят за рамки анализа, характеризующего состояние здоровья коллектива рабочих изучаемого предприятия и имеют общее значение.

Исходным документом при изучении заболеваемости рабочих с временной утратой трудоспособности может и должна стать специальная карта по учету временной нетрудоспособности (сигнальная карта), которая заполняется на каждого рабочего, имевшего временную нетрудоспособность. В карту должны заноситься в хронологическом порядке из больничных листков все случаи нетрудоспособности с указанием диагноза и продолжительности нетрудоспособности.

Исследователю необходимо в процессе накопления материалов о контингентах больных лиц за ряд лет быть уверенным в том, что сигнальные карты заведены на всех рабочих с временной нетрудоспособностью, что записи в них ведутся без пропусков и все они сохранены в картотеке в течение ряда лет. Это обязывает исследователя с целью проверки полноты сигнальных карт разработать и применять соответствующие критерии.

В медико-санитарной части упомянутой обувной фабрики сигнальные карты были заведены на всех рабочих, временно утративших трудоспособность, и выделены в особую картотеку, которая существует ряд лет.

Для того чтобы убедиться в полноте этой картотеки, пришлось сопоставить суммарные данные о днях нетрудоспособности по больничным листкам за каждый год исследования с суммарными данными сигнальных карт. Этот критерий, применение которого требует большой и трудоемкой работы, позволил обнаружить недостачу сигнальных карт за 1950 и 1951 гг. (они затем были найдены в архиве). Применить в качестве критерия сопоставление случаев нетрудоспособности было невозможно, так как в сигнальных картах всегда отражены заболевания с ликвидированной нетрудоспособностью, а в больничном листке — с заявленными случаями временной нетрудоспособности. Установлено, что на 100 заявленных случаев нетрудоспособности приходится 93 ликвидированных случая.

При построении интенсивных показателей больных на 100 рабочих и заболеваемости (число лиц и случаев нетрудоспособности на 100 рабочих) по различным группировочным признакам—пол, возраст, профессия, стаж, цех — особое значение приобретает правильное исчисление среднегодовых совокупностей рабочих по возрастным градациям и стажу. В противном случае мы можем получить парадоксальные показатели, например, 135 больных на 100 рабочих данной возрастной группы.

При изучении контингентов больных с временной нетрудоспособностью за ряд лет исследователю приходится разрешать вопрос о правильном отнесении того или иного больного к определенной возрастной группе или группе по стажу, так как за период исследования (3 года) больной может оказаться в двух смежных группах, каждая из которых имеет свое познавательное значение. В этом случае более правильным будет примириться с некоторой неточностью при отнесении больного к той или иной градации, чем допускать расширение самой градации.

Со всеми этими затруднениями исследователю приходится сталкиваться при сборе и анализе материалов о контингентах больных лиц из данных сигнальных карт. Эти затруднения, которые в известной мере свойственны статистическому изучению контингентов больных лиц, не встречаются при динамическом изучении заболеваемости по случаям нетрудоспособности.

В настоящей статье мы приводим лишь часть наблюдений, полученных в результате изучения контингентов больных лиц за 3 года среди рабочих обувной фабрики. Показатели заболеваемости среди мужчин выше, чем у женщин как по числу больных на 100 человек данного пола, так и по числу случаев нетрудоспособности. Однако различия в уровнях больных лиц среди мужчин и женщин меньше, чем в уровнях заболеваемости. За все 3 года у мужчин наблюдались более высокие показатели больных по травматизму, поражениям кожного покрова, нервным, желудочно-кишечным заболеваниям и заболеваниям органов кровообращения.

Вопрос о том, какие возрастные группы рабочих наиболее часто утрачивают трудоспособность, отнюдь не является только академическим, а имеет большое практическое значение. Однако до сих пор среди исследователей нет согласованности по этому вопросу.

Н. А. Вигдорчик[1] утверждает, что пожилые рабочие болеют чаще, чем молодые. Исходя из неверных установок о том, что у нас процент по-

[1] Н. А. Вигдорчик, Некоторые соображения о методике изучения заболеваемости с потерей трудоспособности, Советское здравоохранение, 1952, № 2.

жилых рабочих (в возрасте свыше 50 лет) постепенно увеличивается, автор приходит к необоснованным выводам, согласно которым некоторое повышение за последние 3—4 года уровня нетрудоспособности среди промышленных рабочих падает на группу пожилых рабочих. Между тем исследования Института имени Эрисмана и Института организации здравоохранения АМН, проведенные в 1949—1950 гг., приводят нас к противоположному заключению (Н. А. Вигдорчик ссылается в своей статье на исследование, проведенное в Ленинграде в 1944—1945 гг.).

На обувной фабрике возрастная структура рабочего коллектива и возрастная структура заболеваемости за 1952 г. (в процентах к итогу) показаны на следующей таблице.

Возрастные группы / Показатели	До 19 лет	20—24 года	25—29 лет	30—39 лет	40—59 лет	60 лет и выше
Состав рабочих	19,8	26,8	9,8	17,4	24,3	1,9
Случаи нетрудоспособности	15,2	35,5	11,1	12,4	24,4	1,4
Дни нетрудоспособности	13,1	32,9	11,1	13,0	27,8	2,1
Контингент больных . . .	26,9	29,1	10,1	12,4	20,0	1,5

Молодые рабочие в возрасте до 29 лет, удельный вес которых в коллективе фабрики равен 56,4%, по случаям болезней составляют 61,8%, по дням нетрудоспособности — 57,1%, по контингенту больных лиц — 66,1%. По группе рабочих, возраст которых 30 лет и выше, имеется снижение удельного веса показателей заболеваемости по сравнению со структурными возрастными показателями в отдельных возрастных градациях. Среди молодых рабочих лица в возрасте 20—24 лет дают более высокие показатели заболеваемости, чем смежные возрастные градации.

Различия в уровнях заболеваемости и больных лиц среди молодых рабочих происходят вследствие более высоких уровней нетрудоспособности у них по гриппу, ангинам, травматизму и кожным заболеваниям.

Таким образом, тщательный анализ возрастных показателей заболеваемости среди рабочих обувной фабрики за ряд лет подтверждает, что наиболее высокими являются уровни нетрудоспособности среди молодых рабочих (по контингенту больных лиц и случаям нетрудоспособности). Это, конечно, трудно согласовать с мнением Н. А. Вигдорчика, который в вышеупомянутой статье утверждает, что пожилые рабочие дают повышение заболеваемости по сравнению с молодыми в $2^1/_2$ раза.

В борьбе за снижение нетрудоспособности основное внимание должно быть обращено на группы молодых рабочих. Уменьшение числа временно утрачивающих трудоспособность и числа случаев нетрудоспособности среди них — залог успеха в борьбе за снижение заболеваемости.

В листках временной нетрудоспособности производственный стаж рабочего исчисляется по длительности непрерывной работы на предприятии, но отнюдь не в данном цехе или на данном рабочем месте.

При частом переходе рабочих из цеха в цех различия в уровнях показателей заболеваемости и числе больных среди рабочих разного стажа не имеют устойчивой направленности. Эти различия в условиях обувной фабрики по своему познавательному значению уступают значению возрастных градаций.

Различия в уровнях нетрудоспособности среди рабочих отдельных цехов колеблются из года в год в широких пределах, причем уровни пока-

зателей числа больных часто не соответствуют уровню показателей заболеваемости по случаям нетрудоспособности.

Для оценки взаимосвязи между уровнем показателей заболеваемости с потерей трудоспособности и производственной обстановкой показатели числа больных приобретают большее значение, чем показатели заболеваемости с временной нетрудоспособностью. Это можно было бы подтвердить тем, что в закройном цехе фабрики, где условия работы лучше, чем в других цехах, отмечались более низкие показатели по контингенту больных лиц за 1952 г. Однако мы воздерживаемся от этого потому, что при большой текучести рабочих на фабрике в течение года цеха с более постоянным составом рабочих (закройный цех, малые цеха) дают более устойчивые и низкие показатели заболеваемости.

Среди рабочих обувной фабрики 45% всей заболеваемости по случаям нетрудоспособности падает на заболевания гриппом и ангиной. В 1952 г., несмотря на вспышку эпидемического гриппа, большая часть рабочих не утратила трудоспособности по гриппу и острым катаррам верхних дыхательных путей. Имеются все основания утверждать, что при таком большом удельном весе заболеваний гриппом и ангинами борьба за снижение нетрудоспособности среди рабочих обувной фабрики должна быть сосредоточена на этих нозологических формах.

Нами установлено, что даже в период вспышки эпидемического гриппа внутрицеховой контакт и внутрицеховое заражение не имеют значения в сравнении с внепроизводственным контактом. Нарастание гриппозных заболеваний с временной утратой трудоспособности ни в одном цехе не имело характера очаговости.

Большое значение приобретает сочетание у одних и тех же больных в течение года случаев нетрудоспособности по гриппу, ангинам и тонзиллиту. Только эти формы болезни у одних и тех же больных составляют 23% всех случаев нетрудоспособности за год.

Изучение заболеваемости по контингенту больных лиц позволяет установить коэфициент повторяемости нетрудоспособности у одного и того же больного и продолжительность нетрудоспособности больного в течение года. Однако познавательное значение имеет не средний показатель повторяемости нетрудоспособности в течение года по предприятию в целом (число случаев нетрудоспособности, разделенное на число больных лиц), а диференцированные показатели повторяемости по отдельным формам болезней, по цехам и возрастам. Наряду с интенсивными показателями больных лиц по отдельным формам болезней, показатели повторяемости сигнализируют врачам о наиболее поражаемых группах рабочих по цехам. Это обязывает исследователя в процессе анализа контингентов больных лиц отражать в комбинационных таблицах по каждой форме болезни не только число больных лиц на 100 рабочих данного цеха и возраста, но и частоту повторяемости нетрудоспособности.

В этой связи приобретает интерес вопрос о хронических больных и больных, впервые выявленных в течение года, т. е. тех, нетрудоспособность которых либо связана с острым заболеванием, либо с впервые выявленным хроническим заболеванием. Известно, что Министерство здравоохранения СССР при введении упомянутой нами выше индивидуальной статистической карты предлагает врачам знаком плюс отмечать все вновь выявленные случаи заболевания.

Разработанные материалы по сигнальным картам показывают, что из всех больных с нетрудоспособностью за 1952 г. только 8,6% временно утрачивали трудоспособность по таким хроническим заболеваниям, которые были причиной временной нетрудоспособности, и в 1951 г. (или в 1950 г.) 91,4% больных — это больные, временно утратившие трудоспособность по впервые выявленным случаям заболеваний. Процент впервые выявленных случаев нетрудоспособности несколько выше (93). При сопоставлении числовых соотношений этих категорий больных (т. е. удельного веса впер-

вые и ранее выявленных больных с нетрудоспособностью) по отдельным цехам фабрики нами установлено, что без тщательного качественного анализа форм болезней, вызывающих нетрудоспособность, они познавательного значения не имеют. Удельный вес этих категорий больных не может сам по себе служить мерилом эффективности лечебно-профилактической помощи. Если учесть, что и по данным первичной обращаемости рабочих фабрики в медико-санитарную часть за 1953 г. вновь выявленные случаи заболевания (со знаком плюс) составляют 92%, то едва ли имеются достаточные основания, чтобы давать особое объяснение этим случаям в учете первичной обращаемости.

Определенный практический интерес приобретает вопрос о контингенте часто болеющих лиц. Число лиц, которые в 1952 г. утрачивали временно трудоспособность 5 и более раз (часто болеющие), составляло 8% от всего контингента больных лиц. Они давали 24% всех случаев нетрудоспособности за год. Из всего контингента часто болеющих лиц 75% утрачивали многократно трудоспособность почти исключительно по острым заболеваниям и только 25% — по обострениям хронических заболеваний.

Подавляющее число часто болеющих в связи с острыми случаями заболеваний заставляет обратить особое внимание именно на эту группу больных. Медико-санитарные части и цеховые врачи, борясь за снижение нетрудоспособности, естественно, должны пользоваться совершенно различными методами диспансеризации этих больных в зависимости от причин, вызывающих многократную нетрудоспособность.

Материалы изучения динамики нетрудоспособности среди рабочих обувной фабрики позволяют установить, что проживающие за городом рабочие дают более высокие показатели как по числу больных, так и по повторяемости нетрудоспособности у одних и тех же лиц. Часто болеющие среди этих рабочих многократно утрачивают трудоспособность исключительно в связи с острыми случаями заболеваний. Более высокий уровень нетрудоспособности среди них связан не только с особенностью бытовых условий (главным образом условий транспорта), но и с тем фактом, что среди рабочих, проживающих за городом, удельный вес молодых рабочих (до 24 лет) выше, чем среди остальных. Рабочие, проживающие за городом, при острых заболеваниях пользуются медицинской помощью по месту жительства (в районных и участковых больницах), а не в медико-санитарной части фабрики, что приводит к большей длительности одного случая нетрудоспособности (7,8 дня против 6,6 дня). Поэтому рост из года в год удельного веса проживающих за городом рабочих в коллективе фабрики тормозит снижение уровня нетрудоспособности по предприятию в целом.

Проведенное углубленное изучение нетрудоспособности среди рабочих обувной фабрики за ряд лет по контингенту больных лиц в сочетании со случаями и днями нетрудоспособности (в разрезе цехов, возрастов и стажа работы на фабрике по отдельным нозологическим формам) приводит к заключению, что в повышенных уровнях нетрудоспособности среди рабочих этой фабрики в большей мере, чем производственные факторы, сказывается внепроизводственная обстановка.

Изучение контингента больных лиц в динамике за ряд лет позволяет обнаружить связь между уровнем и характером нетрудоспособности и производственными условиями, позволяет правильно оценить влияние внепроизводственных факторов.

Настало время, когда в медико-санитарных частях в обязательном порядке должны быть заведены карты по динамическому учету нетрудоспособности (сигнальные карты). Необходимо унифицировать эти карты и обеспечить, чтобы записи в них были полны, достоверны и сохранялись в течение ряда лет.

Поступила 19/VII 1954 г.

ДИСКУССИИ

К ВОПРОСУ О СПЛОШНОМ УЧЕТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

Действительный член АН УССР, член-корреспондент АН СССР, заслуженный деятель науки УССР проф. М. В. ПТУХА и доктор медицинских наук проф. С. С. КАГАН

Борьба со смертностью и заболеваемостью в социалистическом обществе ведется с самого создания советского строя. Естественно, что на разных его этапах она имела свою специфику. Борьба эта ведется и будет вестись постоянно возрастающими темпами. С точки зрения статистической методологии своего максимального уровня она может достигнуть, когда все население нашей страны будет находиться под постоянным диспансерным наблюдением. Только тогда можно будет статистически изучать заболеваемость всесторонне, с исчерпывающей глубиной.

Создана будет основная статистика, охватывающая все население страны с теми его признаками, которые имеют существенное значение для здоровья человека. Текущая статистика заболеваемости будет органически увязана с основною, что даст возможность несравненно глубже и притом всесторонне изучить вопросы заболеваемости населения, эффективнее бороться с нею, а это будет содействовать также быстрому развитию медицинской науки.

Общий недостаток текущей статистики заболеваемости заключается в том, что врачи и медицинские статистики имеют дело только с контингентами заболевшего населения. Таким образом, не считая случаев домашнего лечения, при изучении заболеваемости не привлекаются данные о здоровом населении. А это означает, что изучение причин заболеваемости неполно, так как нельзя вычислить относительных величин интенсивности, установить степень заболеваемости населения той или иной болезнью. Не может быть полной определенности в решении основного вопроса: почему болеют или не болеют люди в одних и тех же условиях, какие социальные факторы способствуют или предупреждают заболевание известной болезнью.

При углубленном статистическом изучении заболеваемости обычно пользуются сведениями о распределении населения по элементарным демографическим признакам. Данные о диспансеризации, кроме этих признаков, включают и другие существенные сведения, которые дают возможность углубить изучение заболеваемости.

Однако и текущая статистика заболеваемости при известных условиях может дать весьма ценные материалы, которые полностью или в значительной мере обеспечивают целесообразное решение ряда вопросов здравоохранения.

Это в первую очередь вопросы, относящиеся непосредственно к контингентам больных: числовые характеристики течения болезней, патологические изменения у больных, степень эффективности разных методов лечения, летальность и др. Абсолютные числа больных вместе с экстенсивными относительными величинами их распределения дают материалы для планирования врачебной помощи населению и т. д.

Даже для таких основных вопросов статистического изучения заболеваемости, как ее динамика, сравнительная характеристика заболеваемости в разных местностях и т. д., абсолютные числа и экстенсивные величины дают возможность в большей или меньшей мере дать количественные характеристики, установить количественные закономерности. Так, сравнение абсолютных чисел заболевших известной болезнью за ряд лет в одной и той же местности дает в общем правильную количественную характеристику динамики заболеваемости при условии, что количество и состав населения не претерпел в это время значительных изменений.

Общая заболеваемость в условиях советского здравоохранения выступает как объект ведения правительственных органов в виде:

а) собственно общей заболеваемости, изучаемой на основании обращаемости населения за медицинской помощью, гарантированной Конституцией СССР;

б) общей заболеваемости с временной утратой трудоспособности застрахованных (рабочих и служащих), изучаемой на основании больничных листков;

в) общей заболеваемости с временной утратой трудоспособности колхозников, изучаемой по специальной программе.

В последнее время развернулась дискуссия по вопросу о сплошном учете заболеваний в системе Министерства здравоохранения СССР. Никто из участвующих в дискуссии формально не ставит под сомнение необходимость изучения общей заболеваемости. Фактически, однако, дело обстоит иначе.

Объем и программа изучения второго и третьего видов общей заболеваемости считаются бесспорными, но изучение общей заболеваемости по материалам обращаемости населения за врачебной помощью часть участников дискуссии подвергла критическому пересмотру, в результате которого они пришли к ее отрицанию.

Критики изучения общей заболеваемости, основанного на амбулаторных (медицинских) картах, оставляют за центральными органами и учреждениями здравоохранения право изучать заболеваемость при посредстве так называемого гнездного метода, при котором изучается вся заболеваемость в той или иной местности.

Практически это привело бы к упразднению сплошного учета общей заболеваемости и отчетности низовых учреждений, которая предусмотрена Министерством здравоохранения и ЦСУ СССР для освещения вопроса общей заболеваемости населения в годовом государственном отчете.

Предлагаемое гнездное обследование называют выборочным и на этом основании претендуют на его репрезентативность в деле изучения общей заболеваемости населения. Так ли это? Далеко не всякое частичное обследование может претендовать на репрезентативность всей совокупности обследованных и необследованных явлений. В частности, гнездное обследование такого типа не имеет на это никакого права. Под выборочным методом наблюдения (или сводки) в статистике понимают такие способы частичного наблюдения (или сводки), результаты которых могут быть распространены на все изучаемые явления. Гнездное обследование будет выборочным только при определенных условиях. Для этого на основании материалов сплошного обследования все местности надо предварительно разбить на более или менее однородные типы, после чего из каждого типа выбрать гнезда для углубленного обследования. В результате соответствующих статистических расчетов на основании данных сплошного наблюдения детальные количественные характеристики распространяют на все явления. В противном случае выбор гнезд носит субъективный характер и результаты такого частичного обследования нельзя распространять на огромную массу необследованных местностей.

Осуществление предложения заменить сплошную регистрацию общей заболеваемости гнездным обследованием означает в сущности отказ от

изучения общей заболеваемости. Таким образом, вместо «несостоятельного» и «громоздкого» общего обследования предлагают фикцию выборочного метода, которая в этом отношении имеет отрицательное значение. Эта фикция, по всей вероятности, ввела бы в заблуждение тех, кто будет трактовать результаты гнездных обследований как правильную количественную характеристику общей заболеваемости.

Подлинным выборочным обследованием было бы составление талона на каждого 5-го (20%) или каждого 10-го (10%) больного. Выборочной будет также сводка данных выбранной наудачу пятой (20%) или десятой части (10%) всех заполненных талонов. Но применение этого метода для небольших территорий, которые нуждаются в данных общей заболеваемости, нецелесообразно.

Гнездное обследование предлагаемого типа может иметь большее или меньшее значение только для характеристики каких-либо отдельных местностей, представляющих специальный интерес в том или ином отношении, или при разрешении отдельных специально поставленных вопросов. Но при их посредстве Министерство здравоохранения СССР не сможет знать, где же, в какой области, в каком городе заболеваемость выше или ниже и куда в связи с этим следует направить внимание органов здравоохранения.

Второе предложение критиков состоит в замене общей заболеваемости ее частными разделами (эпидемическая заболеваемость, туберкулез и т. д.), которые предлагают расширить за счет гипертонии, болезней сердечно-сосудистой системы и т. д. Это предложение мотивируется «методологической несостоятельностью» изучения общей заболеваемости, «неподготовленностью» и «нежеланием» врачей заниматься этим и т. д., а также плохим качеством первичной документации.

Критики старательно обходят, однако, вопрос о том, что такой же «методологической несостоятельностью», такой же «неподготовленностью» и таким же «нежеланием врачей» страдают и «гнездное... изучение заболеваемости» и «частные разделы» статистики заболеваемости, что можно иллюстрировать бесчисленными примерами.

«Добиться же лучшего качества этих материалов (общей заболеваемости. — *М. П.* и *С. К.*) в условиях значительной перегрузки работой лечащих врачей и относительной слабости санитарно-статистической организации практически невозможно», — утверждает А. М. Мерков [1].

Противопоставление общей заболеваемости ее отдельным отраслям имеет искусственный характер. Советскому государству и его органам надо знать как общую заболеваемость (с утратой и без утраты трудоспособности), так и частную отраслевую заболеваемость и болезненность, а также патологическую пораженность населения, опять-таки общую и частную, т. е. по нозологическим формам. Только тогда можно найти целесообразные пути и средства для того, чтобы бороться с заболеваемостью.

Патологию населения должны в первую очередь знать те, кто определяет объем, формы и методы борьбы с заболеваемостью. И Верховные Советы, и областные, городские, районные и сельские Советы депутатов трудящихся обязаны знать заболеваемость населения, чтобы своевременно и по существу вмешаться в управление мероприятиями по борьбе с ней.

Союзно-республиканское Министерство здравоохранения — орган советского государственного управления, специально предназначенный для познавания патологии населения и выработки мер борьбы с ней — предупреждения ее, с одной стороны, и ликвидации ее — с другой.

Вот почему любой орган советской власти в любом государственном масштабе может и должен требовать от подведомственного ему органа

---

[1] Гигиена и санитария, 1955, № 3, стр. 32.

здравоохранения своевременной информации и отчета о состоянии и движении общей и частной заболеваемости населения.

Если стать на путь критиков, то, например, Челябинский городской Совет депутатов трудящихся не может обсуждать вопроса о состоянии и динамике заболеваемости своих избирателей, так как они упразднили ее изучение на местах.

Право познания общей заболеваемости, вернее, фикция познания критиками оставлена за центром. При этом упускается из виду основное статистическое правило, что такое крупное общественное явление, как общая заболеваемость, научно может быть познано лишь в территориальном разрезе с учетом всего своеобразия местных особенностей, в том числе и особенностей, связанных с наличием сети и кадров медико-санитарных учреждений, их уровня и качества работы, санитарной грамотности населения и т. д.

Широко известно о существовании медицинской географии и ее познавательном значении для целей борьбы за здоровье населения. Надо создать такую географию для СССР.

Велико значение познания общей заболеваемости для научных целей и не только медицинских. Вот почему ЦСУ СССР, занятое изучением народонаселения, призвано активно участвовать в изучении заболеваемости в качестве инстанции, контролирующей и направляющей ведомственную статистику заболеваемости.

Практика показывает, что там, где общая заболеваемость правильно учитывается и детально изучается, культура работы лечебного учреждения выше, качество обслуживания населения лучше. Да это и понятно. Как по количеству и качеству больничных листов легко определить и проконтролировать качество работы врачей, их выдавших, так и по медицинским картам участковых врачей, как в зеркале, можно увидеть их врачебную работу.

Не случайно на республиканском совещании областных терапевтов УССР, закончившемся 25 мая 1955 г., главные терапевты так часто обращались к статистике общей заболеваемости и даже включили в свою заключительную резолюцию требования ширить и совершенствовать ее учет и анализ. В руках областного, городского, районного терапевта надлежащее познание общей заболеваемости — основное условие успешной борьбы с ней.

Однако именно в силу важности познания общей заболеваемости населения нельзя пройти мимо существенных недочетов в организации ее учета и отчетности, тормозящих успешную борьбу с ней.

Хотя недочеты эти весьма распространены, но они исправимы. В нашей стране созданы все объективные условия и возможности для их устранения. Остается только эти объективные возможности использовать и реализовать, что зависит лишь от врачей, от всех медицинских работников и в большой мере от научных медицинских работников — статистиков и организаторов здравоохранения.

Укажем основные недочеты изучения общей заболеваемости в наших лечебно-профилактических учреждениях. В несколько меньшей мере они присущи также частным разделам общей заболеваемости.

Врачи еще недостаточно знают и мало пользуются номенклатурой и классификацией болезней. В историю болезни, в медицинские карты и даже в диспансерные карты нередко записывают неправильные, неполные и нечеткие диагнозы.

Как устранить этот недочет? Из предложений участников дискуссии как будто вытекает, что следует упразднить истории болезней, медицинские и диспансерные карты. Мы придерживаемся противоположного мнения, твердо памятуя заветы И. В. Сталина: «Не угодно ли: — иронически сказал И. В. Сталин,—так как имеются перегибы в проведении правиль-

ной политики, **то надо**, оказывается, **отменить эту самую правильную политику»** [1].

Мы считаем единственно правильным бороться с недочетами, а не упразднять учет и отчетность по общей заболеваемости населения. Впрочем, и критики не отрицают первичную учетную медицинскую документацию — историю болезни, медицинскую карту и т. д. Проф. Г. А. Баткис в проекте своей резолюции по этому вопросу признает не только медицинскую карту, но и листок уточненных диагнозов. Отрицаются не первичные учетные документы, а так называемый талон — бумажка с 7 вопросами, из которых на 5 отвечает регистратор, а на 2 врач. Об этом талоне будет итти речь специально.

Областные, городские и районные специалисты-терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи, педиатры и др. нередко не обучены статистике здравоохранения и не умеют еще в должной мере контролировать работу врачей на основании ознакомления с их записями в историях болезни, медицинских картах и т. д.; не всегда они контролируют в должной мере полноту и качество заполнения отчетных форм. Но и этот недочет можно выправить.

Главные врачи лечебно-профилактических учреждений не всегда достаточно внимательно и глубоко обобщают материалы общей и отраслевой заболеваемости, не доводят сведения об итогах этого обобщения до коллективов медицинских работников, не направляют внимание врача, фельдшера на необходимость борьбы с заболеваемостью как с явлением общественным, в корне отличающимся от оказания индивидуальной помощи больному. Этот недочет может быть и будет устранен в результате терпеливого воспитания кадров лечебно-профилактических учреждений.

В непосредственной связи с отмеченными недочетами нельзя не указать на большую ограниченность инструктивных материалов и отсутствие образцов анализа общей заболеваемости для главных врачей лечебно-профилактических учреждений. Ответственность за это несут в первую очередь научные санитарно-статистические учреждения, кафедры организации здравоохранения и отраслевые научные институты.

Районные, областные и городские органы здравоохранения уделяют недостаточно внимания обзорам состояния и движения общей заболеваемости. Как показывает довольно обширная практика обзоров здравоохранения в УССР, такого рода сравнения имеют огромное воспитательное значение. У работников медицинских учреждений появляется интерес к показателю, к разработке методики лучшего, более точного выявления работы, к вопросам улучшения учета и отчетности.

Правильной постановке медицинского учета и отчетности мешает перегрузка врачей. Но ее нельзя объяснять чрезмерной занятостью вопросами учета. Дезорганизует врачебную работу одновременная работа в стационаре, в поликлинике и на дому. С этим надо бороться со всей решительностью. Запись диагноза в подготовленную для врача медицинскую карту и внесение его в талон не требуют значительной затраты времени. Зато, занеся свой диагноз (заключительный и первичный) в талон, врач получает возможность быстро и своевременно перебрать талоны, составить из них необходимые для него таблицы — простые, групповые и комбинационные в любых разрезах. Талон значительно облегчает труд врача, тем более, что главная часть труда по его заполнению приходится на его помощника.

Отсутствие талона приведет к необходимости делать выборки и выписки из первичных документов, что потребует действительно огромного труда. Против этого облегчающего работу талона решительно выступают критики статистики общей заболеваемости.

---

[1] И. В. Сталин, «О правом уклоне в ВКП(б)», Вопросы ленинизма, изд. 11-е, 1952, стр. 282

Нельзя возражать против того, чтобы в известных случаях, со специальными целями министерства здравоохранения СССР и союзных республик производили гнездное изучение заболеваемости. Но, как показано выше, результаты этих обследований нельзя рассматривать как количественную картину общей заболеваемости в СССР или в союзной республике.

Детальное изучение общей заболеваемости населения СССР целесообразно производить периодически, через каждые 5 лет, силами ЦСУ и Министерства здравоохранения СССР путем выборочной разработки талонов. Эти выборочные разработки дадут богатейшие материалы для изучения общей заболеваемости населения СССР в территориальном разрезе в связи с разными существенными признаками больных, а также в ее динамике. Они послужат основой для создания географии заболеваемости СССР и вообще будут иметь огромное практическое и научное значение. Одновременно эти разработки будут лучшим контролем ведомственного учета заболеваемости.

Для нас ясно, что данные общей заболеваемости населения должны входить в годовые отчеты лечебно-профилактических учреждений, районов, городов, областей и т. д. Вопросы же об объеме этих сведений, о степени их диференцированности следует решать конкретно и отдельно для СССР, для союзной республики, для области, города и т. д. Излишков нужно избегать, но существенное медицинское содержание отчета должно быть оставлено даже при строжайшем сокращении графоклеток.

Огромное значение для надлежащей постановки статистики заболеваемости населения имеет знание методики органами и учреждениями здравоохранения на местах. Нужно создать такие условия, при которых были бы максимально обеспечены качество первичных записей, составление сводок на местах и соответствующий анализ данных. Оставить эти сведения на местах без анализа еще хуже, чем ограничиться на заводе бухгалтерскими и иными учетными данными, не раскрыв их значения и смысла.

Сплошной учет общей заболеваемости должен не только оставаться, но и развиваться, совершенствоваться в системе советского здравоохранения. Данные учета следует систематически суммировать и обобщать. Анализ отчетных данных об общей заболеваемости населения, раскрывающий смысл и значение существа социалистического здравоохранения и его эффективность, должен стать непременным условием и орудием деятельности всякого организатора советского здравоохранения.

Не упразднять, не разрушать, не ослаблять сплошного учета общей заболеваемости, а, наоборот, укреплять, обогащать, совершенствовать его — вот актуальная задача людей науки и практиков социалистического здравоохранения.

Поступила 20/VI 1955 г.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Доцент А. И. КАРЧАВА

Директор Научно-методического бюро санитарной статистики Министерства здравоохранения Грузинской ССР

В СССР периодически и в больших масштабах проводилось изучение заболеваемости населения в отдельных районах и республиках, что давало возможность судить об общей заболеваемости населения (по отдельным нозологическим формам болезней, в возрастно-половом разрезе и другим

признакам) и намечать организационно-оздоровительные мероприятия общего характера.

На основании показателей общей заболеваемости городского или сельского населения судить о заболеваемости и динамике тех или других заболеваний населения, того или иного врачебного участка, объединения и намечать какие-либо оздоровительные мероприятия не представляется возможным.

Для проведения конкретных оздоровительных мероприятий необходимо знание заболеваемости населения и динамики ее. Для осуществления этой сложной и трудной, но весьма нужной задачи Министерство здравоохранения СССР ввело повсеместно сплошной учет заболеваемости и отчет по отдельным нозологическим формам болезней с 1949 г. По нашему мнению, основная задача этого мероприятия заключалась в обеспечении участковых врачей и руководства объединениями данными о динамике заболеваемости населения для проведения конкретных оздоровительных мероприятий.

Организационно-методическая сложность этой работы заключалась в том, что нам пришлось отказаться от применения уже использованных в нашей стране двух систем: первой — так называемой палочной системы учета, непосредственно в сводной ведомости врача (форма 271) (по своей сущности она была порочной) и второй — учета заболеваний по отрывным талонам, которая, по сути дела, не была порочной, но оказалась трудоемкой и трудно выполнимой.

Существующая в настоящее время система учета заболеваемости, введенная с 1 ноября 1953 г., по своей методике не сложна.

На каждого амбулаторного больного в медицинском учреждении, как правило, заводят историю болезни (форма 25), которая является медицинским документом. К этой истории прикрепляют листок уточненных диагнозов (форма 25б), куда врач заносит все уточненные диагнозы данного больного, что и позволяет ему при каждом обращении больного быстро ориентироваться в его прошлых заболеваниях, сопоставляя их между собою и определяя основное заболевание. Путем такого анализа врач назначает больному соответствующее лечение. Этот лист помогает врачу отобрать больных, нуждающихся в диспансерном обслуживании, а также в специальном наблюдении (лица, многократно болевшие одним и тем же или разными заболеваниями). Лист уточненного диагноза также является медицинским документом.

Изучение общей заболеваемости населения участка, объединения и т. д. проводится на основе статистического талона (форма 25в), составляемого на каждое заболевание больного, зафиксированное в листе уточненных диагнозов. В 1954 г. врачи еще сами записывали уточненные диагнозы в статистических талонах, но практика показала, что запись таких диагнозов целиком и без ущерба для качества работы можно поручить среднему медицинскому персоналу кабинета.

Медицинский статистик ежемесячно по участкам разрабатывает статистические талоны (форма 271) по 40 нозологическим формам болезней, снабжает участкового врача данными о заболеваемости населения участка в динамике (месячная, квартальная, годовая), что дает врачу представление об эффективности проводимых им лечебно-профилактических мероприятий и ориентирует его в дальнейшей работе.

Медицинский статистик снабжает данными о заболеваемости населения руководство больницы, которое также проводит анализ этих данных и намечает совместно с коллективом объединения дальнейшие оздоровительные мероприятия.

Необходимо отметить, что на основании ежемесячной разработки материала учета заболеваемости по форме 271 составляется соответствующий раздел годового отчета лечебного учреждения, города и республики, значение которого никак нельзя умалить.

Проф. А. М. Мерков, выступая против изучения заболеваемости путем сплошного учета и предлагая взамен метод выборочных (гнездных) наблюдений, в подтверждение отстаиваемой системы приводит следующие доводы.

1. Разработка собранных карт по отдельным терапевтическим участкам, как правило, не проводится и, следовательно, участковый врач не может использовать сводных материалов по своему участку и это даже ему не нужно. Что же касается главных врачей, то практика показала, что и они обычно не пользуются всеми собранными материалами по общей заболеваемости (Гигиена и санитария, 1955, № 3).

2. Практика показывает, что качество собираемых материалов таково, что за ряд лет сплошного учета заболеваемости, почти никто и нигде не использовал их для каких-либо заключений об уровне и динамике народного здоровья.

С ним по этим двум положениям солидаризируется Е. А. Садвокасова (Советское здравоохранение, 1955, № 2).

3. Сплошной учет следует проводить только в отношении диспансеризуемых 5 групп больных.

4. Для систематического наблюдения за динамикой здоровья населения регистрация 50 форм и групп болезней недостаточна, для практической же работы главного врача больницы число выделенных 50 форм болезней чрезмерно велико.

Проф. А. М. Мерков упускает из виду, что сплошной учет заболеваний по форме 25в фактически ведется только с 1954 г. Организация и внедрение этого весьма большого дела — трудно осуществимая задача. Не следует при этом забывать, что за последние 5 лет три раза менялись методика изучения заболеваемости и формы учета, что также оказало отрицательное влияние на внедрение последнего метода.

Не везде еще успели провести необходимый инструктаж и дать методические указания по этому виду учета. Не все работники республиканских, областных и районных аппаратов здравоохранения успели ознакомиться с этой методикой. Не были приняты меры, чтобы этот метод был преподан всем врачам (хотя бы как временное мероприятие) — слушателям институтов для усовершенствования врачей и, если что и сделано для внедрения этого метода, то это через сеть научно-методического бюро санитарной статистики.

При этих условиях требование на первом же году организовать повсеместно высококачественный учет заболеваемости не может служить основанием для опорочения этого метода.

Не правы те товарищи, которые говорят, что участковые врачи и главные врачи не имеют данных о заболеваемости, не анализируют их и практически в них не нуждаются.

Из материалов неоднократных проверок полноты учета заболеваемости и использования данных о заболеваниях в практике работы лечебных учреждений Тбилиси за 1954 и 1955 гг. (поликлиники № 1, 3, 4, 9, 13, 17), проведенных научно-методическим бюро санитарной статистики, видно, что эта работа проводится во всех поликлинических отделениях и ежемесячно по участкам составляется отчет по форме 271. Проверками также установлено, что полнота учета и использования данных о заболеваниях в практике работы участкового врача в 1955 г. против 1954 г. значительно улучшились.

Каждый участковый врач в специальной папке имеет ежемесячные и квартальные данные о заболеваемости населения за 1954 и 1955 гг., а на обложке папки записано количество обслуживаемого населения.

Главные врачи объединения и их заместители по поликлинической части в своих отчетных докладах о состоянии и динамике заболеваемости населения за 1954 г. иллюстрировали свои положения данными не только

поликлиники в целом, но и отдельных участков. Каждый выступавший участковый врач оперировал данными своего участка.

Участковые и главные врачи высоко ценят наличие данных о заболеваемости в деле проведения лечебно-профилактических мероприятий.

На всех специальных совещаниях врачей объединения (поликлиники № 3, 4, 13, 17) и главных врачей, где разбирался вопрос о дефектах учета заболеваемости и использования этих данных для практических целей, ни один врач не высказался против изучения заболеваемости населения или сложности этого метода. Напротив, все выступавшие говорили о большой практической ценности этих данных и отмечали необходимость усиления методической помощи и регулярного снабжения учетными формами.

Каждая из указанных поликлиник на 1955 г. планирует отчеты врачей о результатах использования данных учета заболеваемости в целях повышения качества их медицинской работы. Учет заболеваемости выходит из области, интересующей только статистиков. Применение статистического метода в деле изучения заболеваемости и на основе этого улучшение медицинской помощи населению становится делом практических врачей. Практически это значит осуществление синтеза лечебной и профилактической работы, о чем говорил один из основоположников советского здравоохранения — З. П. Соловьев.

Разве все это не говорит о больших сдвигах, сделанных за один год в деле сплошного учета заболеваемости, и использовании лечебными учреждениями данных о заболеваемости для оздоровительных мероприятий?

Как известно, в поликлиниках для взрослых ведется учет всех заболеваний (кроме заболеваний полости рта и зубов), не считая туберкулезных, венерических и гинекологических заболеваний, которые учитываются специальными учреждениями.

Из всех заболеваний, учитываемых в поликлинике, в отчете выделяются 40 форм болезней, что составляет от 60 до 70% общего числа зарегистрированных заболеваний в поликлинике. Спрашивается, зная ежегодно 60—70% заболеваний населения, можно ли судить о здоровье населения? По нашему мнению, это вполне возможно, хотя А. М. Мерков отрицает это.

Участковые врачи и руководство объединенных больниц для своих практических целей могут дополнительно выделить (из статистических талонов) интересующие их нозологические формы или заболевания, имеющие местное значение.

Наконец, имея материал учета заболеваемости по участкам и по 40 формам болезней, если это потребуется, участковый врач с помощью 2 средних медицинских работников дополнительно сможет разработать статистические талоны по полу, возрасту и даже по кратности заболеваний, что для него при проведении оздоровительных мероприятий представляет большой интерес. Как известно, в среднем на участок в год приходится 1 800—2 000 зарегистрированных заболеваний (статистических талонов).

Практика показала (Научно-методическое бюро санитарной статистики Министерства здравоохранения Грузинской ССР разработало материалы нескольких участков), что дополнительная разработка 1 700 карточек по полу и возрасту потребовала 18 рабочих часов, а по кратности заболеваний — 24 часа. Трудно верить, чтобы участковый врач при нужде в этих данных, имея в своем распоряжении 2 средних медицинских работников, не мог выделить в году 40 рабочих часов.

При оценке метода изучения заболеваемости населения путем сплошного учета не следует упускать из виду, что этот метод дает возможность изучить как болезненность населения, так и заболеваемость, а установление случаев хронических заболеваний, впервые зарегистрированных в отчетном году, в динамике дает ценный показатель, имеющий большое практическое значение.

Нельзя отрицать наличие организационных дефектов в деле изучения заболеваемости населения путем сплошного учета по форме 25в.

Наблюдаются перебои в снабжении лечебных учреждений необходимыми формами учета; еще не все врачи осознали значение изучения заболеваемости для дела проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. Недостаточен контроль со стороны главных врачей объединений за полнотой и качеством учета заболеваемости, слаб статистический аппарат в объединениях, отсутствует глубоко продуманная печатная методика использования данных в лечебно-оздоровительных целях как участковыми врачами, так и поликлиникой.

Недостаточна и подготовка многих главных врачей больниц и их заместителей по поликлинической части, а также заведующих отделениями поликлиник и участковых врачей (терапевты, акушеры-гинекологи и педиатры) в области теории и практики санитарной статистики, за что в своем выступлении на сессии Института организации здравоохранения АМН СССР (январь 1955 г.) министр здравоохранения СССР М. Д. Ковригина справедливо упрекнула заведующих кафедрами организации здравоохранения.

Мы считаем, что изучение заболеваемости путем сплошного учета по форме 25в по своей методике несложно. Иллюстрацией этого является то обстоятельство, что за один год удалось внедрить его в большинстве лечебных учреждений и многие врачи начали использовать данные учета заболеваемости в лечебно-оздоровительных целях.

Отказ от этого метода и замена его методом выборочного (гнездного) изучения заболеваемости населения (раз в 3—5 лет), как это предлагают некоторые товарищи, не дадут участковым врачам и отдельным объединениям необходимого материала для проведения каких-либо мероприятий лечебно-оздоровительного характера на участке.

Поэтому между целями и задачами изучения заболеваемости по этим двум методам ставить знак равенства не приходится. Ясно еще одно, что материал сплошного учета заболеваемости с успехом может быть использован для выборочного (гнездного) изучения заболеваемости населения в большом масштабе.

Проф. А. М. Мерков в своей статье, развивая вопрос более глубокого изучения заболеваемости, приходит к выводу о желательности изучения заболеваемости населения по клиническим формам болезней, с чем нельзя не согласиться. Нам кажется, что подобное изучение заболеваемости лучше провести также на фоне сплошного учета.

Метод сплошного учета заболеваемости населения вооружает участковых врачей и руководство объединением необходимыми данными о заболеваемости и болезненности населения для лечебно-оздоровительных мероприятий. При надобности (это следует предвидеть) путем несложной дополнительной разработки статистических талонов можно получить данные о возрасте, поле больных и кратности заболеваний. Сводные данные о заболеваемости дадут возможность руководству органов здравоохранения судить о состоянии народного здоровья.

Изучение заболеваемости методом сплошного учета никак не может быть заменено выборочным (гнездным) способом.

На фоне сплошного учета заболеваемости можно организовать выборочное углубленное изучение заболеваемости в более широких масштабах.

Для успешного, скорейшего и качественного внедрения метода изучения заболеваемости путем сплошного учета и использования данных о заболеваемости населения лечебными учреждениями необходимо ликвидировать существующие организационные недочеты, а в институтах усовершенствования врачей повысить качество подготовки врачей-организаторов здравоохранения, заведующих поликлиническими отделениями больниц, участковых терапевтов, акушеров-гинекологов и педиатров, а также глав-

ных врачей сельских участковых больниц и амбулаторий по теории и практике санитарной статистики.

Лечебные учреждения на местах фактически приступили к учету заболеваемости (по форме 25в) с 1 января 1954 г. и за один год добились значительных успехов в деле внедрения этого метода. Участковые врачи и главные врачи больниц уже используют данные о заболеваемости населения для практических мероприятий. На участках осуществляется синтез лечебной и профилактической работы, что еще выше поднимет качество медицинского обслуживания. Еще один год энергичной работы и метод сплошного учета заболеваний будет повсеместно внедрен.

Поступила 7/VII 1955 г.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ РАССУЖДЕНИЯ, ОТОРВАННЫЕ ОТ ПРАКТИКИ

Г. С. ГОЛОЖИНСКИЙ (Москва)

На страницах журнала «Советское здравоохранение» № 2 за 1955 г. опубликована статья Е. А. Садвокасовой «Нерешенные задачи санитарной статистики».

Если верить автору, то в советской санитарной статистике нет ничего замечательного, кроме запутанного, напрасно производимого исследования, не позволяющего по-настоящему показать все повышающийся уровень здоровья населения нашей страны, а также состояние общей заболеваемости и заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Чрезмерно увлекшийся теоретик не только мрачными красками изобразил методику и практику санитарной статистики, но и неправильно оценил самое существо, содержание советской санитарной статистики.

Известно, что статистические исследования, применяемые в любой отрасли народного хозяйства нашей страны, в том числе и в санитарной статистике, основаны на незыблемых ленинских принципах, согласно которым в статистических разработках и анализах примат отводится качественной стороне исследований.

По убеждению же автора статьи, советская санитарная статистика лишь только в послевоенный период начала изучать качественные показатели. Для доказательства сказанного приведем утверждения Е. А. Садвокасовой.

«Период развития советской санитарной статистики, — говорится в статье, — в послевоенные годы представляет особый интерес потому, что именно в эти годы санитарная статистика наиболее успешно начала изучать не только чисто количественные данные, *но и данные, характеризующие качественную сторону многообразной деятельности врачей, медицинских учреждений и органов здравоохранения*» (курсив наш. — *Г. Г.*).

Безусловно, учет, разработка и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности применительно к больным лицам заслуживает особого внимания и давно нашел применение в ряде научно-исследовательских учреждений, в отдельных медико-санитарных частях и в работе некоторых участковых и страховых врачей. Однако вследствие своей трудоемкости, требующей соответствующих условий и необходимых знаний, этот метод не нашел и не находит широкого применения.

Больше того, как это ни печально, многие руководители лечебно-профилактических учреждений, а тем более практические врачи, не умеют анализировать заболеваемость с временной утратой трудоспособности по форме 3-1 и совершенно не знают о существовании формы 4 (расчетная ведомость по взносам на государственное социальное страхование),

ежеквартально отражающей численность работающих и количество дней временной нетрудоспособности, оплаченной пособием на предприятиях, в учреждениях, учебных заведениях за счет средств государственного социального страхования.

Для оперативной работы по предупреждению и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности данные формы 4, дополненные отчетностью по форме З-1, несмотря на их недостаток, в значительной мере удовлетворяют запросам как профсоюзов, так и учреждений и органов здравоохранения.

На основании данных сплошного учета по форме 4 точно определяются трудовые потери дней из-за заболеваемости с временной утратой трудоспособности по предприятиям, каждой отрасли народного хозяйства и в целом по стране.

Выборочный учет по форме З-1 позволяет установить виды, размер, динамику и структуру заболеваемости по предприятию, цехам, профессиям и возрастно-половым группировкам.

Оперативно-статистические данные обеих названных форм, если ими пользоваться со знанием дела, указывают, куда и на какие виды болезней следует прежде всего обратить внимание руководителей предприятий, органов и учреждений здравоохранения, а также профсоюзных организаций. Узаконенная отчетная форма З-1 существует много лет. Она в зависимости от дополнительных требований неоднократно изменялась. Внесены в нее изменения и в 1955 г. Разрабатывалась, а тем более видоизменялась форма З-1 всегда при непосредственном участии работников ВЦСПС и Министерства здравоохранения СССР. Больше того, из ряда распоряжений и приказов Министерства здравоохранения СССР видно, что форма З-1 широко используется в системе здравоохранения и удовлетворяет ее запросам. Следовательно, нельзя без достаточных к тому оснований утверждать, как это делает Е. А. Садвокасова, что форма З-1 удовлетворяет лишь запросам ВЦСПС.

Цели ВЦСПС, органов и учреждений здравоохранения, а также почти трехсоттысячной армии врачей в деле оздоровления условий труда и быта строителей коммунистического общества едины и неразделимы. Всякий отрыв их друг от друга может причинить только ущерб общему делу. В статье Е. А. Садвокасовой такое недопустимое в наших условиях противопоставление проходит красной нитью.

На наш взгляд, для повсеместного введения учета и последующего исследования заболеваемости с временной утратой трудоспособности применительно к больным лицам еще не подготовлены соответствующие условия.

Соглашаясь в принципе с необходимостью применения такого учета, считаем более целесообразным осуществлять его выборочно, непременно квалифицированными кадрами и для специальных углубленных статистических исследований по отдельным предприятиям, а по мере накопления опыта с каждым годом круг таких предприятий увеличивать.

Поступила 20/VI 1955 г.

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ

УЧАСТИЕ ПЕРЕДОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕВОЛЮЦИОННОМ ДВИЖЕНИИ 1905— 1907 гг.

И. А. СЛОНИМСКАЯ

Из Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко АМН СССР (дир. Е. Д. Ашурков)

В 1955 г. трудящиеся нашей страны отмечают 50-летие первой русской революции 1905—1907 гг.

Борьбой рабочих и крестьян нашей страны против помещичье-самодержавного гнета и капиталистического рабства руководила революционная марксистская партия рабочего класса, созданная великим Лениным.

Всемирно-историческое значение этой революции состоит в том, что она, как указывал В. И. Ленин, явилась генеральной репетицией Великой Октябрьской социалистической революции.

Революционный 1905 г. начался трагическими событиями 9 (22) января — расстрелом мирного шествия рабочих перед Зимним дворцом. Злодейство царизма открыло глаза многим, до того стоявшим далеко от вопросов политики. В день 9 января была расстреляна сохранившаяся еще у многих рабочих вера в царя.

Страшная весть о Кровавом воскресенье всколыхнула и многих медицинских работников. В знак протеста против произвола царского правительства медицинские работники некоторых больниц и фармацевты аптек объявили забастовки. В ряде случаев они вместе с деятелями социал-демократической партии и рабочими участвовали в демонстрациях, вместе с ними шли на баррикады.

Еще в апреле 1901 г. в третьем номере «Искры» В. И. Ленин писал: «Наше движение располагает теперь целой армией, армией рабочих, затронутых борьбой за социализм и за свободу, — армией интеллигентов, принимавших и принимающих участие в движении и разбросанных уже в настоящее время по всем концам России, — армией сочувствующих, с верой и надеждой взирающих на рабочее движение и готовых оказать ему тысячи услуг. И перед нами стоит великая задача: организовать все эти армии...» [1].

Среди готовых оказать «тысячи услуг» были и многие медицинские работники.

Летопись революции 1905 г. показывает нам многих врачей, примкнувших к социал-демократии по призыву партии и «вышедших на широкую дорогу общественной деятельности» [2].

Многие из них были активными участниками первой русской революции. Еще больше было таких, которые в той или иной форме помогали большевикам.

Многие врачи, вступившие в революционные ряды, начали свою работу на легальном культурно-просветительном поприще. Но потом, глубже

[1] В. И. Ленин, Сочинения, т. 4, стр. 401.

[2] Листовки петербургских большевиков 1902—1917 гг., Огиз, 1939, стр. 123—124. (К членам пироговского съезда).

знакомясь с условиями тогдашней русской жизни, с нуждами и бедствиями народа, будучи преследуемы царским правительством, одни раньше, другие позже стали заниматься революционной деятельностью, а некоторые из них вынуждены были уйти в подполье. Часть врачей начинала непосредственно с революционной деятельности, являясь профессиональными революционерами.

Участники первых марксистских кружков — врачи-большевики А. Н. Винокуров, С. И. Мицкевич, М. Ф. Владимирский, Н. А. Семашко, Д. И. Ульянов, Е. П. Первухин, З. П. Соловьев, Б. С. Вейсброд, В. А. Обух, В. М. Бонч-Бруевич (Величкина), В. А. Радус-Зенькович, Н. А. Кост и др. были горячими пропагандистами марксизма и организаторами рабочих кружков во многих городах России, где они жили и работали (Москва, Петербург, Нижний Новгород, Екатеринослав, Усть-Сысольск, Тула, Подольск, Богородск, Саратов и др.).

К этому же времени выявилась большая группа врачей, оказывавших значительную помощь революционерам; мы видим среди них и врачей-одиночек и целые группы. Группа содействия революционному движению была организована П. И. Куркиным, заведовавшим тогда отделом санитарной статистики в санитарном бюро Московского губернского земства.

Деятельность этой группы характерна для многих врачей тех лет, которые не проводили еще резкой разницы между различными революционными партиями, еще не осознали важности организационной принадлежности к социал-демократической партии (большевиков), а на деле оказывали партии ту или иную помощь. В эту группу входили: ее организатор П. И. Куркин, С. М. Богословский, П. П. Кащенко, П. Ф. Кудрявцев, А. В. Мольков, С. М. Швайцер, В. А. Левицкий.

Медицинские учреждения, в которых работали врачи-большевики, становились местом явок, использовались для подпольной революционной работы; многочисленные группы средних медицинских работников этих учреждений также во многом помогали врачам-большевикам и нередко становились активными участниками революционной деятельности. Так, с Мещерской психиатрической больницей, ныне больницей имени В. И. Яковенко, находящейся в 60 км от Москвы по Московско-Курской железной дороге, московская партийная организация имела связь еще задолго до 1905 г.

В дни вооруженного восстания 1905 г. в Мещерской больнице удалось скрыть и спасти от ареста председателя солдатского комитета восставшего Ростовского полка — Шаблова.

В психиатрической колонии в Ляхове (близ Нижнего Новгорода) были партийные ячейки большевиков, в которые входили служащие и рабочие колонии. Революционеры, бежавшие из тюрем, часто находили в стенах колонии временный приют. В числе их были нелегально уехавший из Нижнего Новгорода, выпущенный на поруки до суда санитарный врач Н. А. Семашко и бежавший из-под стражи П. И. Лебедев-Полянский.

Бакинская больница имени Джапаридзе вошла в историю революционного движения в Закавказье. В конце 1907 г. в этой больнице под руководством И. В. Сталина проводилось подпольное заседание большевистской фракции, на котором была принята тактика бойкота совещания с нефтепромышленниками под лозунгом «Совещание с гарантией или никакого совещания». В этой больнице часто проводились подпольные заседания Бакинского комитета партии. Здесь некоторое время работал фельдшером Серго Орджоникидзе.

Медицинские работники Харьковской психиатрической больницы (Сабурова дача) по праву гордятся тем, что верный сын нашей Родины большевик Артем (Сергеев) имел возможность жить нелегально в ее стенах еще задолго до первой русской революции, организовывать харьковский пролетариат на борьбу с царизмом и руководить им в революцион-

ный 1905 г. Ему сочувствовали и помогали многие медицинские работники больницы, в том числе врач П. П. Тутышкин и фельдшерица Д. Базлова.

Очень часто использовалась для собраний, явок и ночевок Благушинская больница в Москве, где работали врач-большевик С. И. Мицкевич и сочувствующие революционному движению врачи С. И. Теумин и С. Л. Цейтлин. Нередко медицинские учреждения служили опорными пунктами в революционной работе. Так, медицинские работники «Обуховки» — одной из больниц старого Петербурга, под руководством главного врача А. А. Нечаева в день Кровавого воскресенья, 9 января 1905 г., организовали медицинские отряды и направили их за Нарвскую заставу для оказания помощи пострадавшим от казаков и полиции; в больницу было принято самое большое количество раненых.

Очевидцы рассказывают о тяжелой обстановке, в которой пришлось работать хирургам и всему персоналу. Больница заслуженно носит теперь название «В память 9 января 1905 г.».

В стенах больницы Путиловского завода в дни Октябрьской забастовки 1905 г. укрывались революционеры и им оказывалась широкая материальная помощь, отпускалось питание и т. п. Это было возможно благодаря тому, что главный врач К. С. Лозино-Лозинский отказался от военно-полицейской охраны больницы, хотя Путиловский завод, закрытый в связи с забастовкой, охраняли войска и полиция. В дни Октябрьской забастовки К. С. Лозино-Лозинский со всеми медицинскими работниками больницы Путиловского завода присоединился к требованиям рабочих и участвовал в митингах.

В революционном воздействии на широкие массы населения царской России, в том числе и медицинских работников, немалую роль сыграла большевистская печать. Задача, которую ставила партия в области охраны здоровья рабочих, была одним из тех стержней, вокруг которого врачи вели свою революционную агитацию и пропаганду.

Все чаще и чаще в требованиях рабочих, предъявляемых фабрикантам, наряду с политическими, выставлялись и санитарно-гигиенические требования.

Используя материалы с фабрик и заводов, партийные организации старались поднять самосознание рабочих, а вопросы жилища, быта, здравоохранения связывали с политическими задачами.

Обязательное государственное страхование рабочих за счет предпринимателя на случай увечья, болезни, безработицы, старости и смерти, ежегодный двухнедельный отпуск с сохранением полной заработной платы всем рабочим, прекращение работы 1 мая, 8-часовой рабочий день — вот требования рабочих в годы первой русской революции 1905—1907 гг. Они показывают, как важна и необходима борьба за оздоровление условий труда и как отражались в них классовые интересы пробудившегося пролетариата.

Влияние большевиков на передовую медицинскую интеллигенцию особенно сказалось в годы первой русской революции 1905—1907 гг.

Врачи, акушерки, фельдшеры, медицинские сестры и фармацевты понимали, что борьба за здоровье рабочих — это часть одной неразделимой задачи освобождения России от царского самодержавия и что борьба эта должна вестись рука об руку с рабочими, и сами принимали участие в революционном движении.

Так, председателем стачечного комитета железнодорожных мастерских Ржевского участка в 1905 г. был врач А. Т. Филатов. На долгие годы он приобрел славу неблагонадежного. За участие в революции 1905 г. в Серпухове и за содействие большевистской организации в проведении подпольных собраний в своей квартире был установлен негласный полицейский надзор за врачом А. Г. Залога.

В стачке почтово-телеграфных служащих Москвы принял активное участие врач Е. Я. Столкинд. Он был арестован в конце ноября 1905 г.;

в обвинительном акте врач Столкинд отмечен «как главный организатор стачки» [1].

Врач В. П. Краснуха был председателем Совета рабочих депутатов в Николаеве. К вооруженному восстанию в Вильно призывал врач О. В. Аптекман.

На фронте русско-японской войны вела политическую агитацию врач А. Д. Дементьева; активное участие в работе Воронежской социал-демократической организации принимал врач И. И. Гинзбург, состоявший членом Совета рабочих депутатов; начальником стачечного комитета революционных рабочих Луганска был врач Г. И. Купянский. На баррикадах Ростова медицинскую помощь оказывал доктор М. И. Ладыжский, за что был арестован и выслан в Астрахань. Этот перечень можно было бы умножить именами и других медицинских работников, отдававших свои силы и знания революционной работе.

В революции 1905 г., кроме известных нам врачей-большевиков, принимали активное участие и незаслуженно забытые врачи-большевики. Так, в Петербурге политическую агитацию среди рабочих Охтинского, Путиловского и других заводов, а также в военных организациях в 1905—1906 гг., кроме В. М. Величкиной (Бонч-Бруевич), вели врачи-большевики Ф. Г. Гусаров, А. Л. Гельфер, Г. Д. Линдов-Лейтейзен. В воинских частях Киева проводил большую работу врач-большевик Ф. Н. Петров, пропаганду в войсках Саратова вел в 1905 г. врач-большевик И. С. Вегер. В Московской губернии на заводах, фабриках и земских больницах работал, сочетая свою революционную деятельность с медицинской, врач-большевик С. А. Богородицкий.

В 1905 г. (октябрь-декабрь) С. А. Богородицкий руководил забастовками на фабриках Орехово-Богородского района, был организатором боевых дружин; был арестован в Богородске (ныне Ногинск) во время декабрьского восстания при попытке доставить туда оружие из Москвы. Членом большевистского комитета в Воронеже в 1905 г. был врач Н. Н. Исполатов. Он в декабре 1905 г. вместе с другими руководителями революционных организаций Воронежа и участниками забастовки был арестован и отправлен в тюрьму.

Вместе с врачами-большевиками З. П. Соловьевым и Д. И. Ульяновым первая русская революция 1905 г. застала в Симбирске врача-большевика А. П. Скляренко, здесь он принимал активное участие в работе Симбирского комитета РСДРП.

О некоторых врачах и профессорах, принимавших участие в революционном движении 1905—1907 гг., упоминается в архивах департамента полиции. В этих архивах, вскрытых после Великой Октябрьской социалистической революции, обнаружены списки профессоров Одесского (Новороссийского) университета и одесских врачей.

Из характеристик ясно видна связь этих профессоров со студенческим революционным движением и с революционными рабочими организациями. Из донесений явствует также, какие именно общественные выступления ученых показались особенно опасными царским властям. Так, в донесениях полицейского агента сообщается, что К. М. Сапежко — профессор Новороссийского университета входит в состав тайного академического союза профессоров Новороссийского университета. Врач П. Н. Диатроптов состоял товарищем председателя нелегального сообщества, организовавшегося в Одессе для оказания материальной помощи политическим арестованным. А. М. Вельштейн — врач городской дезинфекционной станции, в 1905 г. входил в состав южного областного комитета РСДРП, бюро которого находилось в Киеве, а также состоял членом Херсонского губернского комитета сельских организаций РСДРП и Совета рабочих депутатов и принимал деятельное участие в сборе денег на покупку оружия для организа-

[1] С. И. Мицкевич, Революционная Москва, М., 1940, стр. 417.

ции. Н. К. Лысенков, профессор Новороссийского университета, в 1905 г. также входил в состав тайного академического союза профессоров Новороссийского университета, «произносил противоправительственные речи, в которых призывал к вооруженному восстанию, восхвалял рабочих за их революционную работу, говоря, что русские рабочие поразили мир своей солидарностью и заставили все революционные элементы присоединиться к ним, что является залогом их победы и проч.» [1].

К осени 1905 г., ко времени всеобщей стачки, охватившей огромное число рабочих, революция достигла наибольшего подъема. Октябрьская политическая стачка началась в центре России. Ленин, находившийся в то время в эмиграции за границей, говорил, что «это — первая молния грозы, осветившая новое поле сражения» [2].

В это время бастовало большое количество железнодорожных служащих, мелких служащих, а также интеллигенции — учащихся, инженеров, врачей. Врачи требовали пересмотра системы больничного управления, возникла идея управления больницей, осуществляемого коллективом работников.

Забастовки медицинских работников были проведены в Тамбовской земской больнице и Самарской психиатрической больнице.

В. П. Воробьев (1876—1937), впоследствии известный советский ученый-анатом, руководил забастовочным движением младших служащих медицинского факультета Харьковского университета. При его участии был организован союз младших служащих.

В Ново-Екатерининской больнице в Москве в дни декабрьского вооруженного восстания 1905 г. начали раздаваться протесты против казенного режима и предъявлялись требования об улучшении условий труда и повышении оплаты. Особенно много стачек было среди фармацевтов.

В марте 1905 г. в Москве началась кампания по организации профессиональных союзов служащих. Среди медицинских работников началась работа по созданию союза врачей. Организацию союза было решено приурочить к Чрезвычайному пироговскому съезду по борьбе с холерой.

К съезду по борьбе с холерой врачи-большевики серьезно готовились. Они подготавливали доклады на медицинские темы, вели борьбу за привлечение демократической медицинской интеллигенции, а также подготовили проект резолюций съезда.

На одном из заседаний съезда врач-большевик С. И. Мицкевич внес проект политической резолюции, по которому развернулась острая борьба, так как в резолюцию был внесен ряд требований программы-минимума большевистской партии, в том числе требование демократической республики.

Следует отметить, что на страницах большевистских газет «Вперед» и «Пролетарий» уделялось много внимания Пироговскому съезду по борьбе с холерой 1905 г. и принятым на нем резолюциям.

Декабрьское вооруженное восстание 1905 г. явилось вершиной развития русской революции. Оно обогатило революционный опыт пролетариата и оставило народу «...одно из тех наследств, которые способны идейно-политически быть маяком для работы нескольких поколений» [3].

В Москве в вооруженном восстании под руководством Московской партийной организации принимали участие врачи-большевики С. И. Мицкевич, С. И. Черномордик, И. В. Русаков, Н. А. Кост, П. Г. Дауге, А. П. Голубков, М. С. Кедров, Е. П. Первухин, В. А. Обух, А. Н. Винокуров, М. Ф. Владимирский, Б. С. Вейсброд.

Большую помощь им оказывали врачи В. Я. Канель (член лекторской группы) и Е. Ф. Печеркин (печатал нелегальные листовки); врачи

---

[1] ЦГИА, Д. П., 4 д-во, фонд 102, № 116—1907, л. 158—160.
[2] В. И. Ленин, Сочинения, т. 9, стр. 318.
[3] В. И. Ленин, Сочинения, т. 16, стр. 149.

С. М. Швайцер и Н. Г. Лучевский организовали медицинскую помощь раненым. Акушерка П. И. Винокурова одна из первых занялась пропагандой среди работниц-ткачих.

В Москве, на Красной Пресне, вместе с передовыми отрядами пролетариата активно участвовали в баррикадных боях добровольческие санитарные отряды. Об этом рассказывают в своих воспоминаниях С. И. Мицкевич, П. П. Кащенко. Санитарные отряды подбирали раненых под огнем. В каждом дворе на Пресне были приготовлены носилки, перевязочные материалы. Адмирал Дубасов объявил добровольные санитарные отряды вне закона и войска расстреливали их.

В Нижнем Новгороде М. Ф. Владимирский, Н. А. Семашко, В. П. Лебедева под руководством Нижегородской партийной организации участвовали в революционных боях в Сормове. Квартира Н. А. Семашко превращается в штаб восстания; В. П. Лебедева как член финансовой комиссии помощи Нижегородской организации РСДРП распространяет нелегальную литературу, работает среди прачек; на квартире у В. П. Лебедевой помещался рабочий секретариат профессионального союза.

В дни подготовки вооруженного восстания в Нижнем Новгороде под руководством Нижегородского комитета РСДРП шла организационная и пропагандистская работа по созданию боевых дружин. В дружину, кроме боевых отрядов, входил особый санитарный отряд. Организатором его был врач Бабушкинской больницы Н. Долгополов.

Как мы видим, «маленький авангард революции», как озаглавила свои воспоминания врач А. М. Юшкова, принимавшая активное участие в революции 1905 г. в Клинском уезде, был не так уж мал. Да иначе и не могло быть, ибо врачи, как сказано было в листовке Петербургского комитета РСДРП к членам Пироговского съезда, «волею судеб ближе стоят к народу», и условия врачебной работы способствовали и давали возможность, конечно, не без риска выполнять те или иные поручения революционеров. Многие врачи делали это с полным сознанием своего долга. Вот что пишет В. Д. Бонч-Бруевич о своих нелегальных поездках в Москву:

«...Приезжая в Россию, мы уже из Женевы знали адреса и пароль первичной явки. На этой явке мы должны были получить дальнейшие указания, как, где и когда можно снестись с организацией данного города, первичная явка имела огромное значение. Она обыкновенно устраивалась на квартире такого сочувствующего нам общественного работника, куда по делам службы всегда заходит много разнообразного народа с тем, чтобы приход явочников никого не мог смутить. Обыкновенно это были врачи, служащие в больницах, зубные врачи, адвокаты и т. д.» [1].

После поражения первой русской революции наступила тяжелая реакция. На страницах большевистских газет «Вперед» и «Пролетарий» в каждом номере сообщалось о репрессиях и арестах. Среди опубликованных фамилий встречается много фамилий медицинских работников.

По данным журнала «Общественный врач» за 1906 г., были подвергнуты репрессиям 1 154 медицинских работника. В № 1 за 1907 г. был опубликован список репрессированных медицинских работников.

Это, однако, не значит, что все русские врачи были революционерами. Изучение прошлого показывает, что в период реакции значительная часть врачей отошла от революции. После подавления революции 1905—1907 гг. часть примыкавших к революции врачей перешла от революционной деятельности к «малым делам» (просветительные организации, рабочие клубы, общество культурных развлечений).

Только врачи и в период реакции не прекращали своей революционной деятельности. Они продолжали вести легальную врачебную работу,

---

[1] В. Бонч-Бруевич, Нелегальная поездка в Россию, Молодая гвардия, 1930, стр. 196.

постоянно сочетая ее с нелегальной партийной деятельностью (В. А. Обух, С. Б. Вейсброд, С. И. Мицкевич, З. П. Соловьев, И. В. Русаков, Е. П. Первухин, А. Н. Винокуров, Н. А. Кост и др.).

Некоторые врачи-большевики, преследуемые царским правительством, как непосредственно после революции 1905—1907 гг., так и в годы реакции, вынуждены были эмигрировать [Н. А. Семашко, М. Ф. Владимирский, В. М. Бонч-Бруевич (Величкина), В. П. Лебедева и др.]. Они продолжали вести партийную работу, участвуя в деятельности партийных организаций, в легальной и нелегальной большевистской печати.

Из среды врачей-большевиков, прошедших вместе с партией через три революции, сложились и выросли кадры крупных организаторов здравоохранения — Н. А. Семашко, З. П. Соловьев, М. Ф. Владимирский и др., которые после Великой Октябрьской социалистической революции возглавили и строили первую в мире советскую медицину — медицину социалистического общества.

В октябрьские дни 1917 г. в Москве, Петрограде и других городах России вместе с революционным пролетариатом шли врачи-большевики. Большая часть из них прошла с партией все три революции, часть из них, более молодая, приняла активное участие в революционной борьбе с первых дней Великой Октябрьской социалистической революции (М. И. Барсуков, С. Н. Волконская, Л. С. Боголепова, Е. С. Попова, С. И. Каплун и др.).

Приведенные нами материалы убедительно показывают, что как до 1905 г., так и во время революции 1905—1907 гг. и после нее медицинские работники под влиянием нараставшего рабочего движения и деятельности коммунистической партии включились в борьбу с самодержавием. О врачах-революционерах, борцах за освобождение народных масс должно знать молодое поколение советских врачей.

Оглядываясь на пройденный за полвека путь, советские медицинские работники должны отдать дань уважения своим предшественникам, прогрессивным русским врачам, участвовавшим в революционном движении в России, в подготовке самого передового общественного и государственного строя в нашей стране.

Поступила 7/III 1955 г.

ЗА РУБЕЖОМ

ХОСЕ МАРИЯ ПЕННА — ПИОНЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АРГЕНТИНЕ

Проф. А. Н. РУБАКИН

Из Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко АМН СССР (дир. Е. Д. Ашурков)

В каждой стране охрана здоровья народа имеет своих пионеров, своих основателей, даже своих мучеников. Для нашей страны, в которой здоровье трудящихся является одной из первых забот партии и правительства, пионеры здравоохранения во всех странах мира особенно близки и понятны. Интересуясь ими, храня память о них, мы отдаем должное всем лучшим врачам и передовым ученым, не щадящим своего труда и своей жизни ради защиты здоровья народа.

Работники здравоохранения Советского Союза отмечают с горячей симпатией и уважением 100-летие со дня рождения одного из пионеров здравоохранения и гигиены в Аргентине, крупного ученого и общественного деятеля Хосе Мария Пенна.

Чтобы понять значение и по достоинству оценить научную и общественную деятельность Хосе Пенна, напомним в нескольких словах историческую и социально-экономическую обстановку, в которой она развертывалась.

Основная деятельность Пенна относится к периоду между 1880 и 1905 гг. Это были переломные годы в истории Аргентины, годы становления ее социально-экономического и политического строя. Страна огромных почти незаселенных тогда пространств, Аргентина в те годы стала местом, куда ринулись иммигранты из наиболее бедных стран Европы в поисках работы и земель.

Естественные условия Аргентины открывали огромные возможности для развития земледелия и скотоводства, и эти отрасли экономики стали преобладающими и характерными для народного хозяйства Аргентины. В Аргентину вторгся иностранный, сначала английский, а позже американский капитал, стремившийся сделать из нее поставщика сырья для своей промышленности и вместе с тем рынок для сбыта своих промышленных товаров. Поэтому Аргентина осталась страной преимущественно земледельческой с очень слабо развитой промышленностью. Европейские иммигранты, бежавшие от голода и безземелья в своих странах в Аргентину, попадали в тяжелые условия работы у крупных аргентинских и иностранных землевладельцев, которым принадлежали лучшие земли в Аргентине.

Непрерывная иммиграция являлась в то же время и источником заноса всякого рода эпидемий, грозивших всему населению Аргентины, а болезни скота не только представляли опасность для людей, но и могли явиться серьезным препятствием для экспорта аргентинских мясных продуктов — главного источника богатства Аргентины.

Действительно, в Аргентине период расцвета ее аграрных богатств и развития экспорта продуктов земледелия и скотоводства был в то же

время и периодом огромного распространения всякого рода болезней среди трудящихся.

На мрачном фоне тяжелой эксплуатации трудящихся и политической реакции той эпохи выделяются светлые фигуры аргентинских патриотов и передовых общественных деятелей.

В ранней юности Хосе Пенна президентом Аргентины с 1868 по 1874 г. был крупный, просвещенный и передовой аргентинский писатель и общественный деятель Сармьенто — представитель либеральных кругов страны. При нем стало развиваться школьное дело, создавались библиотеки, научные учреждения, расцветала литература и наука, вырастала национальная интеллигенция. В 1889 г. передовыми элементами национальной аргентинской буржуазии была основана радикальная партия. Развитие крупного хозяйства и зарождение промышленности в городах, приток иммигрантов из стран Европы, где уже было широко развито рабочее движение, привело к созданию в 1865 г. аргентинской рабочей партии.

На формирование взглядов Пенна оказали влияние взгляды передовой аргентинской интеллигенции, сложившейся в эту эпоху. Пенна родился 9 апреля 1855 г. в Буэнос-Айресе, в скромной семье итальянских иммигрантов. Его отец сражался добровольцем за объединение Италии и, возможно, сопровождал Гарибальди в его походах, тем более, что Гарибальди, как известно, командовал кораблем, неоднократно совершавшим рейсы в Южную Америку.

Поселившись в Аргентине, отец Пенна принял участие в гражданской войне и в войне с Парагваем, заслужив звание полковника, но не приобретя достатка. Детство Хосе Мария, его сына, было нелегким: ему пришлось учиться и одновременно зарабатывать на жизнь. В 1869 г. Пенна поступил в Национальный колледж в Буэнос-Айресе, где тогда учились лучшие представители аргентинской молодежи и откуда вышел ряд крупных научных и общественных деятелей. В 1873 г. он поступил на медицинский факультет, который в ту пору в Аргентине влачил довольно жалкое существование, так как большинство молодых людей, желавших сделать карьеру, шли на юридический факультет. Помещения факультета были малы и убоги, преподавание носило отвлеченный схоластический характер.

В 1874 г. в Аргентине происходила ожесточенная политическая борьба между федералистами — сторонниками федерального устройства страны и автономистами, отражавшими интересы землевладельческой олигархии. По призыву президента Сармьенто Пенна вступил добровольцем в Национальную гвардию для борьбы с реакцией. Это рисует его как подлинного патриота и демократа.

В 1879 г. Пенна защитил свою диссертацию об уремии, в которой на основании клинических наблюдений и опытов на животных показал наличие вредных веществ в крови больных уремией. После этого ему пришлось работать врачом в сельской местности, где им были впервые в Аргентине применены на практике новые методы диагноза и лечения, в частности, торакоцентез, парацентез и т. д., что дало ему большой практический опыт.

Вскоре столица Аргентины была перенесена из Параны в Буэнос-Айрес и там был создан ряд новых учреждений, в том числе больница изолятор — Каса де Айсламьенто — в жалких бараках, обнесенных земляным валом. Устройство этого изолятора было вызвано необходимостью борьбы с эпидемиями, в частности, с оспой, опустошавшей тогда население Аргентины, в особенности местных индейцев.

Борьба с оспой, закончившаяся полным искоренением ее в Аргентине, — одна из важных заслуг Пенна. Он за несколько лет преобразовал этот изолятор в одну из лучших инфекционных больниц в Южной Америке, а позже, будучи директором здравоохранения в Буэнос-Айресе, путем принятия мер по борьбе с оспой, снизил число смертей от нее с 965

в 1906 г. до 76 в 1907 г. и 18 в 1908 г. Пенна удалось провести закон об обязательном оспопрививании. С 1911 г. оспа практически исчезла в Аргентине. Заслуги Пенна были признаны аргентинским правительством и общественностью и на памятной доске на могиле Пенна написано: «Великому аргентинскому эпидемиологу... д-ру Хосе Пенна, благородные усилия которого и пламенная пропаганда позволили искоренить в этом городе страшную оспу».

По окончании курса на медицинском факультете Пенна участвовал в борьбе с целым рядом эпидемий в Аргентине. Здесь он окончательно сложился как эпидемиолог. У него накопился практический клинический опыт по борьбе с инфекционными болезнями.

В 1883 г. в Аргентину была завезена желтая лихорадка, и Пенна пришлось бороться с нею. Ему удалось тогда доказать, что эта болезнь не передается непосредственно от человека к человеку. Как известно, в 1881 г. кубинский врач Карло Финлей впервые показал, что эта болезнь передается через особых комаров.

В 1885 г., в возрасте 30 лет, Пенна занял кафедру внутренних болезней медицинского факультета в Буэнос-Айресе, а в 1891 г. был назначен профессором клиники внутренних болезней. С самого начала своей деятельности Пенна ввел практическое, клиническое преподавание, построенное на эксперименте, углубляя в то же время на основании практического опыта теоретические знания. В своих лекциях, глубоких по содержанию, он всегда указывал своим ученикам на тесную связь теории с практикой и лечения с профилактическими мероприятиями, что в ту эпоху было новым понятием. В свои исследования и в свое преподавание Пенна ввел экспериментальные методы, в частности, он первым ввел в Аргентине в клиническую практику бактериологические и патологоанатомические исследования. В своем курсе Пенна уделял особое внимание инфекционным болезням, используя богатые материалы больницы Каса де Айсламьенто. В 1884 г. медицинский факультет создал специально для него и по его инициативе одну из первых в мире кафедр клинической эпидемиологии, на которой Пенна подготовил многочисленные кадры специалистов в этой области.

В 1898 г. Пенна был избран членом Аргентинской академии наук. В 1904 г. ему удалось оборудовать на своей кафедре прекрасные лаборатории. Все диагнозы умерших больных проверялись им на вскрытиях и обсуждались со студентами и врачами. Одновременно Пенна приходилось и практически возглавлять борьбу с многочисленными эпидемиями, заносимыми в Аргентину. Так, в 1886—1887 гг. в Аргентину была занесена по небрежности властей и, в частности, министра внутренних дел Эдуардо Вильде (кстати сказать, врача-гигиениста) эпидемия холеры, от которой умерли тысячи людей. Холера была занесена в Буэнос-Айрес на корабле, прибывшем из Италии, на борту которого находился иностранный дипломат. Чтобы не обидеть этого дипломата, не было произведено тщательного медицинского осмотра пассажиров этого корабля, как это обычно делается в портах, и больные холерой не были обнаружены. Пенна пришлось начать энергичную борьбу с холерой. Им были приняты строгие меры по изоляции всех больных и подозрительных по заболеванию. Трупы больных сжигались в специально устроенном по предложению Пенна крематории.

Пенна придавал огромное значение сжиганию трупов с гигиенической точки зрения и стал ярым пропагандистом кремации вообще. Он даже в своем завещании писал, чтобы его тело было сожжено, а если это будет невозможно, то чтобы его похоронили в общей могиле. В связи с этим Пенна написал интересную работу по истории кремации в Америке у местных племен в Мексике, у патагонов, арауканов и т. д. По каждому интересовавшему его научному вопросу Пенна обычно оставлял большой, тщательно проработанный документированный печатный труд.

По окончании эпидемии холеры, учитывая огромные заслуги Пенна в борьбе с нею, население столицы Аргентины устроило в его честь грандиозное собрание и была выбита по всенародной подписке памятная золотая медаль.

Пенна больше всего интересовала эпидемиология. Свыше 30 лет своей жизни он провел в созданной им образцовой инфекционной больнице Муньис, вел там научную и педагогическую работу, написал свыше 300 научных работ, книг, статей, монографий. Несмотря на требования аргентинских ученых, этой больнице почему-то не было присвоено имя Пенна, быть может по тем же причинам, по которым имя этого пионера здравоохранения не попало ни в один из официальных биографических словарей деятелей Аргентины, выпущенных за последние годы.

Пенна все время самоотверженно участвовал в борьбе с грозными эпидемиями. Кроме описанной эпидемии холеры, Пенна пришлось бороться с этой же болезнью во время эпидемии 1894—1895 гг., в 1896 г. — с желтой лихорадкой, занесенной в Аргентину, в 1900 г. — с чумой.

Крупнейшие научные работы Пенна относятся к инфекционным болезням. Профессор университета в Буэнос-Айресе Краус при открытии памятника Пенна при больнице Муньис, сказал, что: «вся жизнь Пенна — это история эпидемиологии и гигиены в Аргентине». Вступительная речь Пенна при избрании его в Академию наук была также посвящена эпидемиям среди населения Америки. Борьба с эпидемиями была нужна всем слоям населения, но прежде всего она была нужна трудящимся, которые больше всего от них страдали.

Деятельность Пенна по борьбе с эпидемиями среди скота имела также огромное экономическое значение и встретила поддержку со стороны властей. Инфекционным болезням он посвятил целый ряд монографий о холере, столбняке, оспе, бубонной чуме. Им были написаны «Клинические лекции по инфекционным болезням».

Особое внимание Пенна уделял борьбе с малярией, которая свирепствовала на площади свыше чем 400 000 км². В 1911 г. Пенна, будучи директором Национального департамента здравоохранения, начал энергичную профилактическую борьбу с малярией, руководя осушением болот, хининизацией населения, в частности, раздачей детям хинина в виде шоколадных конфет. Малярия значительно снизилась в результате этой кампании. Об этом рассказывает и сам Пенна в своей монографии «Малярия и ее профилактика в Аргентине» (1916).

Пенна первым в Америке был предложен метод лечения тяжелых инфекционных болезней путем внутривенного введения массивных доз лечебных сывороток. Пенна широко применял свой метод во время первой мировой войны при чуме, столбняке, дифтерии и других инфекционных заболеваниях.

С 1906 г. начинается широкая деятельность Пенна в области здравоохранения Аргентины. Он был назначен в этом году директором здравоохранения города Буэнос-Айреса. Им была полностью реорганизована, расширена и во многом создана заново бывшая до этого в жалком состоянии санитарная организация города, созданы дезинфекционные станции, выращены кадры дезинфекторов. Огромное значение имели также создание Пенна санитарного надзора за мясом на бойнях и организация специальной ветеринарной больницы для дойных коров. Опыт, накопленный в этой работе, позволил Пенна написать двухтомную монографию «Санитарная администрация и общественное здравоохранение в городе Буэнос-Айресе». Интересны также написанные Пенна в эту эпоху «Воспоминания врача-гигиениста».

Пенна учредил в Буэнос-Айресе своего рода санитарный паспорт для каждого домовладения, в котором не только отмечалось санитарное состояние этого домовладения, но и все инфекционные болезни, которые

в нем имели место, дезинфекции и прививки жильцам. Такого же рода санитарный паспорт был им введен на некоторых промышленных и молочных предприятиях города.

В последние годы Пенна был директором Национального департамента гигиены Аргентины, зачатка министерства здравоохранения. Здесь он развернул большую работу. Им было создано санитарное и демографическое бюро, национальный бактериологический институт и химический институт для производства химикалиев для дезинфекции. Впервые в Аргентине он организовал национальную службу охраны материнства и детства, учредил ряд диспансеров для кормящих матерей и для ухода за детьми, много способствовавших распространению гигиенических знаний среди женщин. Пенна никогда не отделял профилактики от лечения и всегда проводил мысль о тесной связи между ними. С 1910 по 1914 г. он был депутатом от города Буэнос-Айреса в парламенте Аргентины и его главной заботой было проведение мероприятий по здравоохранению страны. Им был опубликован «Аргентинский санитарный атлас», в котором в форме таблиц, диаграмм и т. д. подведены итоги всего, что было сделано в Аргентине в области здравоохранения.

На Американском конгрессе общественных наук в Тукумане Пенна совместно с Лосано был представлен любопытный проект организации национальной службы здравоохранения. Пенна в своем проекте предложил создать из Национального департамента гигиены автономное учреждение, работающее, как мы бы теперь сказали, на хозрасчете. Расходы этого департамента по здравоохранению предполагалось покрывать доходами от продажи сывороток, вакцин и других лечебных препаратов и профилактических средств, производимых национальным бактериологическим и химическим институтами. Кроме того, проект рассчитывал на доходы от платы за анализы, совершаемые этими институтами, доходы от пошлин за ввоз пищевых продуктов и от налогов на патенты и санитарные исследования.

Любопытно, что для охраны здоровья народа пришлось искать доходы не в области государственного бюджета, а в каких-то коммерческих операциях, и ученый, которым должна была гордиться страна, вынужден был для изыскания средств на общенародное дело строить такие коммерческие проекты. Не вина Пенна, что он не смог реализовать всех своих идей, но и то, что он смог сделать, достаточно говорит о благородном характере его деятельности.

Аргентинские врачи и народ Аргентины чтут память этого замечательного человека и ученого, «героя национального здравоохранения», как его назвал один из его биографов, Кабраль. Пенна принадлежал к той категории ученых, которые не только являются крупными специалистами в своей области, но и обладают широкой и глубокой общей культурой, принимают деятельное участие в общественной жизни, стремясь внедрять таким путем достижения науки, направленные на благо человечества. Работники медицины и здравоохранения СССР чтут память таких людей, в какой бы стране они не жили, к какой бы национальности не принадлежали. И в список борцов за здоровье человечества мы вписываем славное имя замечательного аргентинского патриота, ученого и борца за здравоохранение своего народа — Хосе Мария Пенна.

Поступила 18/V 1955 г.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

СОВЕТСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕФЕРАТИВНОЕ ОБОЗРЕНИЕ в. 12 и 13, 1954

Журнал «Советское медицинское реферативное обозрение» рассчитан на широкий круг медицинских работников. Развитие советского здравоохранения в свете задач, поставленных XIX съездом партии, требует от медицинских работников большой теоретической подготовки и широкого обмена практическим опытом по внедрению в практику достижений медицинской науки. В решении этих задач должен участвовать не только узкий круг научных сотрудников, но и широкий коллектив практических врачей. Понятно, ни один научный сотрудник, ни один практический врач не в состоянии уследить за всеми медицинскими изданиями. Вот почему такое значение придается журналу «Советское медицинское реферативное обозрение», вот почему к нему растет интерес практических врачей. Поэтому качество материалов, помещаемых в журнале, должно быть высоким, чтобы он был легко доступен широкому кругу читателей—специалистов. Рефераты должны охватывать максимальное количество трудов научно-исследовательских институтов и различных местных изданий.

Журнал «Советское медицинское реферативное обозрение», имея в основном хорошее качество рефератов и освещая большинство изданий Медгиза, страдает в то же время весьма существенными недостатками.

Одним из главных его недостатков является малая периодичность. Издания многих научно-исследовательских институтов не реферируются. К недостаткам следует также отнести отсутствие годового указателя в каждой из выпущенных серий, а также предметного и алфавитного указателя в каждом выпуске, что затрудняет пользование журналом. Отсутствие системы в группировке рефератов по одной и той же тематике лишает возможности полностью охватить изучаемый материал. Например, весьма важный раздел как диспансеризация занимает значительное место в разделе «Здравоохранение» журнала «Советское медицинское реферативное обозрение» (выпуск 12), но реферат «Диспансеризация работающих с токами высокой частоты» отнесен в раздел «Гигиена промышленная», причем в первом разделе нет ни ссылок, ни оговорок. Аннотация «Опыт изучения производственного травматизма на рыбозаводах Астрахани» отнесена в раздел «Здравоохранение» (стр. 20), тогда как аннотация «Производственный травматизм на рыбоконсервно-холодильном комбинате имени Микояна в Астрахани» помещена в разделе «Гигиена промышленная» также без ссылок и оговорок. Нельзя не отметить, что в журнале много места уделяется аннотациям. Очень жаль когда вместо рефератов даются аннотации по весьма важным и существенным разделам и приводятся рефераты, не имеющие большой ценности.

Некоторые рефераты слишком велики и не отражают основной идеи статьи. К таким рефератам можно отнести реферат Р. М. Жмудской на статью «Внедрение павловских принципов в практику клиник медицинских институтов Украины» или реферат того же автора на статью М. Барсукова «Некоторые вопросы теории и практики советского здравоохранения в свете решений XIX съезда Коммунистической партии Советского Союза».

В выпуске 13, в разделе «Здравоохранение» велики по объему рефераты Р. Бирюковой на статью Шустова «Планирование здравоохранения» (Плановое хозяйство 1953, 5, 82—89) и статью «Лучше обслуживать рабочих промышленных предприятий» (Врачебное дело, 1953, 2, 169—170), занимающие целую страницу. Рефераты Н. Мананниковой на статью «Неустанно улучшать сельское здравоохранение» (Врачебное дело, 1953, 12, 1057—1062) и статью «Успехи здравоохранения в оценке зарубежных деятелей медицины» (Врачебное дело, 1953, 1043—1048) также очень объемисты и занимают до двух страниц каждая. Реферат преследует цель краткого изложения содержания статьи и для полного ознакомления со статьей читатель так или иначе должен будет прибегнуть к подлиннику. Примером другой крайности может служить реферат на статью А. Гальперина «О содержании работы старшего терапевта района» (стр. 13). Весьма ценные вопросы обмена опытом по усовершенствованию врачей-терапевтов упущены в реферате так же, как упущен и ценный метод повышения квалификации врачей-терапевтов путем включения их в научную работу. В результате этого в реферате отражены общие, всем известные вопросы и упущены главные, имеющие важное практическое значение.

Обобщая этот краткий анализ качества рефератов можно сказать, что некоторые из них написаны наспех, непродуманно. Качеству журнала уже неоднократно уделя-

лось внимание врачебной общественностью. В частности, осенью 1952 г. было проведено совещание с участием представителей научных учреждений и библиотек Москвы, где указывалось на недостатки журнала «Советское медицинское реферативное обозрение», были вынесены предложения и высказаны пожелания с целью исправления недостатков.

В статье кандидата медицинских наук Б. Иванова «Таким ли должен быть реферативный журнал?», опубликованной в газете «Медицинский работник» от 27 февраля 1953 г., также указывалось на недостатки журнала, но редакция журнала оставила без внимания все замечания и предложения. Только в 1955 г. намечено провести мероприятия по улучшению качества этого журнала.

Следует приветствовать установленное с 1955 г. выделение реферативных обозрений по специальностям в отдельные серии журнала.

Для создания удобства при пользовании журналом «Советское медицинское реферативное обозрение» редколлегия должна, по нашему мнению, придерживаться следующих правил:

1. Давать обзорные статьи перед каждым разделом серии.
2. Иметь годовой указатель каждой выпускаемой серии.
3. Прилагать к реферативным обозрениям различных специальностей предметный и алфавитно-авторский указатель.
4. В случае двойного значения рефератов последующих серий давать сноски, в каких сериях их можно найти.
5. Не ограничиваться реферированием только журнальных статей, а расширить реферирование местных изданий и изданий научно-исследовательских институтов.

К. К. Шуклин и Г. И. Конюхов

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Считаю нужным обратить внимание редакции журнала «Советское здравоохранение» на рецензию П. Е. Заблудовского на книгу «С. Г. Зыбелин. Избранные произведения», помещенную в № 2 за 1955 г.

Рецензия, наряду с некоторыми правильными критическими замечаниями, содержит методологически ошибочные утверждения, а также ряд извращений и неточностей.

Вызывает глубокое недоумение утверждение рецензента относительно качественного различия между понятиями «высшая нервная деятельность» и «психика». Рецензент пишет: «Неправильно отождествление во вступительной статье „психики" и „состояния высшей нервной деятельности" (стр. 44). Высшая нервная деятельность представляет органическую основу психических процессов, но сфера та и другая (??—*И. П.*), конечно, не тождественны, а качественно различны» (стр. 62). Это утверждение в корне противоречит представлению И. П. Павлова, который выдвигал положение, что применяемый им термин «высшая нервная деятельность животного и человека» идентичен понятию «психическая деятельность». Так как этот вопрос имеет методологическое значение, то мы позволим себе остановиться на нем несколько подробнее.

Еще в 1903 г в докладе на Международном конгрессе физиологов в Мадриде И. П. Павлов указывал на экспериментальную психологию и психопатологию у животных, вкладывая в это понятие условнорефлекторную деятельность. Он неоднократно подчеркивал, что в его представлении «психическая» и «высшая нервная деятельность» понятие идентичное. Так, в статье И. П. Павлова «Экспериментальная патология высшей нервной деятельности» мы читаем: «Несколько вступительных слов о сложной судьбе нашей работы по физиологии и патологии высшей нервной деятельности, принимая, что прилагательные „высшая нервная" отвечают прилагательному „психическая"» [1]. В этой же статье он вновь подчеркивает ту же мысль: «А теперь нами делаются, как мне кажется, законные попытки применить то же отношение и к человеческой высшей нервной деятельности, обычно называемой психической» [2].

А. Г. Иванов-Смоленский в докладе на Объединенной сессии Академии наук и Академии медицинских наук СССР, подчеркивая основную мысль И. П. Павлова, говорил: «Отнюдь не отрицая существования внутренних психических переживаний, неизменно рассматривая психическую деятельность как высшую нервную деятельность, И. П. Павлов, как известно, изучал ее путем специально разработанного им строго объективного метода...» [3].

Передовые, материалистически мыслящие психологи Советского Союза разделяют это одно из основных положений учения И. П. Павлова. Так, С. Л. Рубинштейн

---

[1] И. П. Павлов, Полное собрание трудов, 1949, т. III, стр. 537.

[2] Там же, стр. 552.

[3] Стенографический отчет Научной сессии, посвященной проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, 1950, стр. 69.

в статье «Учение И. П. Павлова и проблемы психологии» пишет: «Павлов исследовал высшую нервную, или психическую деятельность» [1].

Ту же мысль проводит и философ П. П. Черкашин в лекции о первичности материи и вторичности сознания. Он пишет: «Область высшей нервной деятельности (психики) считалась недоступной науке, лежащей за пределами человеческого познания».

Таким образом, бесспорно представление И. П. Павлова: «высшая нервная деятельность» — «психическая деятельность». Эту точку зрения, как мы видим, разделяют и физиологи, и психологи, и философы, а доцент П. Е. Заблудовский, пытаясь «исправить» мою мысль, всецело совпадающую с положением Павлова, пишет о качественном различии, выявляя ошибочность своей методологической позиции. Своими заключениями он лишь вводит в заблуждение читателей и очень жаль, что редакция журнала «Советское здравоохранение» предоставила свои страницы для такого рода «научного заключения».

Вызывает удивление и возражение рецензента относительно нашего положения, «что XVIII век характеризуется господством религиозно-мистических, идеалистических... концепций». В подтверждение своих возражений П. Е. Заблудовский приводит ряд имен французских врачей-материалистов. Количество этих имен можно было бы еще приумножить, но мы хотим указать, что фактически П. Е. Заблудовский пытается опровергнуть положение В. И. Ленина, который в статье «О значении воинствующего материализма», характеризуя XVIII в., писал о «господствовавшей поповщине».

Ошибочно утверждение рецензента что «С. Г. Зыбелин стоял в значительной мере на позиции механистического отождествления человека и остальной природы». Такое утверждение искажает взгляды С. Г. Зыбелина. Нами подчеркнуто, что С. Г. Зыбелин определял человека, как «разумно-словесную тварь», именно он выделял и подчеркивал особенности, отличающие человека от всего остального животного мира — наличие разума и наличие слова, речи.

Глубокое недоумение вызывают «приемы» рецензирования П. Е. Заблудовского. Так, во вступительной статье приводятся взгляды С. Г. Зыбелина на значение социального фактора в заболеваемости и смертности (см. стр. 49—50 вступительной статьи), где указано: «Мы видим, что в условиях России второй половины XVIII века, С. Г. Зыбелин смог подняться до понимания социальных причин понижения прироста народонаселения» и далее «...предугадать, что болезнь не только явление биологическое, но и социальное». Автор же рецензии пишет: «К сожалению, автор обширной вступительной статьи не отметил этой принципиально важной классификации С. Г. Зыбелиным основных причин высокой заболеваемости и смертности».

Также не соответствуют истине и другие утверждения рецензента. Стр. 52 и 53 вступительной статьи посвящены героической деятельности С. Г. Зыбелина в борьбе с чумной эпидемией в Москве. Мы пишем: «В этом отношении особенно показательна деятельность С. Г. Зыбелина в период чумной эпидемии в Москве. Как пламенный патриот, горячо откликавшийся на те или иные события в истории России, он добровольно принял участие в борьбе с эпидемией чумы, постигшей Москву в 1771 году. Он был членом комиссии по борьбе с чумой и врачом одной из наиболее населенных центральных частей города — Китай-города, Кремля и других». Далее описывается участие С. Г. Зыбелина в комиссии совместно с Д. С. Самойловичем, А. Ф. Шафонским и др. Рецензент же утверждает, что «К недостаткам вступительной статьи следует отнести и то, что в изложении жизни и деятельности С. Г. Зыбелина обойдено его самоотверженное участие... в борьбе с чумой в Москве...» (стр. 62).

Такие же «приемы» допускаются рецензентом и в других местах. Так, он пишет: «Пионтковский напрасно сосредоточивает внимание на прогрессивных, материалистических, теоретических сторонах учения Бургава». Однако ознакомление со стр. 26 нашей статьи показывает, что никакого сосредоточивания внимания на «прогрессивных, материалистических, теоретических сторонах» нет. Там написано следующее: «В его мировоззрении не было цельности и стройности, оно отличалось эклектичностью, в нем сочеталось прогрессивное, материалистическое стремление к объяснению физиологических процессов с физико-механистических позиций, причем большое значение придавалось и химическим процессам в организме с одновременным признанием виталистического начала „жизненного истечения". В практической деятельности врача Г. Бургав доминирующее значение придавал опыту наблюдения над больным, и это было его сильной стороной». Рецензент дословно повторяет нашу мысль, но делает вид, будто исправляет «неправильные положения».

Не останавливаясь еще на ряде замечаний рецензента, которые отличаются такой же «точностью», мы вправе сделать заключение, что рецензент не прочел внимательно рецензируемую книгу. Его «критические замечания» могут только дезориентировать читателя. Считаем нужным обратить внимание редакции журнала «Советское здравоохранение» на примененные рецензентом Заблудовским «приемы» и методологически ошибочные утверждения, имеющие место в его рецензии и просим опубликовать это письмо.

Проф. И. А. Пионтковский

---

[1] Учение И. П. Павлова и философские вопросы психологии, М., 1952, стр. 200.

ОТВЕТ НА ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ ПРОФ. И. А. ПИОНТКОВСКОГО

Рецензия на книгу «С. Г. Зыбелин. Избранные произведения», помещенная в № 2 журнала 1955 г., была написана по поручению редакции. Выполняя его, мы исходили из задачи на примере разбора издания сочинений одного из корифеев отечественной медицины, притти к общим выводам об улучшении этого вида литературы.

В рецензии отмечен ряд правильных моментов вступительной статьи, написанной проф. И. А. Пионтковским. Вместе с тем, мы не могли пройти мимо ряда существенных недочетов издания.

Проф. И. А. Пионтковский констатирует наличие в рецензии «некоторых правильных критических замечаний». Но, к сожалению, он не уточняет, имеет ли он в виду замечания второстепенные, например, оставление без разъяснений отдельных, мало понятных терминов, или же более существенные, касающиеся основных взглядов С. Г. Зыбелина или характеристики общих исторических явлений рассматриваемого периода.

Проф. И. А. Пионтковский останавливается в первую очередь на ошибочной, по его мнению, методологической позиции рецензии по вопросу о соотношении психики и высшей нервной деятельности и настаивает на полной их идентичности и тождественности. Автор приводит ряд ссылок, которые, как он считает, подтверждают его точку зрения.

Не хотел бы затруднять редакцию и читателей нагромождением цитат и не считаю это лучшим видом аргументации. Но поскольку проф. И. А. Пионтковский выражает уверенность, что его точку зрения в данном случае разделяют «передовые, материалистически мыслящие психологи Советского Союза» (стр. 2), что «эту точку зрения разделяют и физиологи, и психологи, и философы», а автор рецензии в полном одиночестве противостоит столь мощному фронту, мы вынуждены, со своей стороны, привести некоторые ссылки в надежде убедить проф. И. А. Пионтковского, что рецензент в данном случае не столь уж одинок, как ему это представляется.

В. И. Ленин, критикуя Михайловского, писал о научном психологе (предполагают, что он имел в виду И. М. Сеченова):

«Он, этот научный психолог, отбросил философские теории о душе и прямо взялся за изучение материального субстрата психических явлений — нервных процессов...» [1].

В «Материализме и эмпириокритицизме» В. И. Ленин писал: «...психическое, сознание и т. д. есть высший продукт материи (т. е. физического), есть функция того особенно сложного куска материи, который называется мозгом человека» [2].

И. В. Сталин писал: «...та мысль, что сознание является формой бытия, вовсе не означает, будто сознание по своей природе есть та же материя» [3].

Выводы из приведенных четких положений, число которых можно было бы значительно умножить, ясны: нервные процессы являются материальным субстратом психики, а не самыми психическими явлениями; сознание не есть материя. Именно это мы писали в рецензии (стр. 62), говоря о качественном различии, против чего проф. И. А. Пионтковский ставит в своем письме два вопросительных знака.

Обратимся к современным «передовым, материалистически мыслящим, психологам», на которых ссылается проф. И. А. Пионтковский.

На протяжении нескольких лет после объединенной сессии Академии наук и Академии медицинских наук СССР в 1950 г. вопросы взаимоотношения психики и высшей нервной деятельности были, в числе других основных вопросов психологии, предметом длительного обсуждения в среде советских психологов. Состоялись 2 всесоюзных совещания (1952, 1953), не считая местных, велась дискуссия в печати. Обобщающим в известной мере итогом этой длительной дискуссии может считаться редакционная статья в журнале «Вопросы философии» (№ 4, 1954) под названием «О философских вопросах психологии. К итогам дискуссии». Полагаю, что редакция нашего ведущего философского журнала представлена не отсталыми, а скорее теми самыми передовыми, материалистически мыслящими философами и психологами, к которым аппелирует проф. И. А. Пионтковский. Привожу из этой итоговой редакционной статьи несколько выдержек, непосредственно отвечающих на интересующий нас вопрос.

«...Плохую услугу делу использования научных достижений И. П. Павлова оказали те из его „последователей", которые, вопреки предупреждениям самого великого ученого, догматически переносили на человека все, что им было установлено применительно к животным. Тем самым они, недопустимо биологизируя трактовку психических явлений, принижали и опошляли учение И. П. Павлова» (стр. 183).

«...Отдельные психологи, да и философы, отождествляющие психическое с физиологическим, занимают и сейчас по вопросу о психологии глубоко вредную, ликвидаторскую позицию. Они утверждают, что научная психология сливается с физиологией высшей нервной деятельности...» (стр. 184).

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, изд. 4-е, т. 1, стр. 127.
[2] Там же, т. 14, стр. 215.
[3] И. В. Сталин, Сочинения, т. 1, стр. 317.

«...Ошибочно растворяя психическое в физиологическом, некоторые психологи подменяют материализм диалектический материализмом вульгарным, чем искажают, опошляют марксистскую философию» (стр. 184).

«...Из этого (выше приводятся слова В. И. Ленина. — *П. З.*) следует, что нервные процессы — это субстрат, носитель психических явлений. Поэтому нервные процессы и психические явления не тождественны друг другу» (стр. 185).

«...С философской точки зрения, игнорирование субъективного способно лишь направлять психологию в сторону от диалектического материализма к позициям вульгарного материализма» (стр. 193).

Из приведенного достаточно очевидно, что передовые философы и психологи, которых проф. И. А. Пионтковский склонен считать своими единомышленниками, таковыми не являются.

В лице наиболее авторитетного своего коллективного органа они ясно и четко отвергают тождество физиологического и психического — совпадение высшей нервной деятельности и психики. Позицию же, подобную занимаемой проф. И. А. Пионтковским, они определяют, как подмену диалектического материализма вульгарным материализмом, как искажение и опошление марксистской философии.

Полагаю, что редакция «Советского здравоохранения» имеет все основания вернуть проф. И. А. Пионтковскому упрек по поводу методологической порочности помещенного в журнале материала по его собственному адресу. В рецензии этот вопрос сознательно не был заострен, а затронут только мимоходом, в нескольких строках (стр. 62), в порядке редакционного уточнения. Но поскольку проф. И. А. Пионтковский сам подчеркивает, и совершенно правильно, что данный вопрос имеет методологическое значение и что на нем следует остановиться подробнее, приходится это сделать и дать определение его собственной методологической позиции словами его предполагаемых единомышленников и союзников — определение, к сожалению, мало лестное.

Следует признать, что в ходе многолетней дискуссии высказывались также суждения, совпадающие или сходные с позицией проф. И. А. Пионтковского. Таковы, например, выступления Е. Н. Соколова в «Известиях Академии педагогических наук» (1953, в. 45), Н. А. Хромова в «Вопросах философии» (1953, № 4) и др. Но вместе с тем этим выступлениям давался отпор другими участниками дискуссии Так, К. М. Дедов писал по поводу ссылок на высказывания И. П. Павлова, подобных ссылкам, приводимым проф. И. А. Пионтковским в его письме:

«...слова великого ученого, относящиеся к идеалистической психологии, приводятся сторонниками отождествления психологии и физиологии высшей нервной деятельности для доказательства неправомерности существования психологии как самостоятельной науки и необходимости замены психологических понятий понятиями физиологическими... Утверждение тождественности психологии и физиологии в корне неверно, а ссылка на высказывание И. П. Павлова является примером неправильного цитирования, когда выхватывается кусок текста и трактуется вне связи с общим содержанием, без учета причин, вызвавших это высказывание, и того времени, к которому оно относится» [1].

«...тесный союз психологии и физиологии высшей нервной деятельности ни в какой мере не означает тождественность этих наук, как это пытаются доказать некоторые психологи» [2].

Поскольку проф. И. А. Пионтковский ссылается на видного советского психолога проф. С. Л. Рубинштейна, приводя семь (буквально) слов из его большой статьи в сборнике «Учение И. П. Павлова и философские вопросы психологии», нам бы казалось более правильным привести из той же статьи выделяемое самим проф. С. Л. Рубинштейном положение 2-е: «Перестройка психологии на естественно-научной основе павловского учения никак не означает сведения психологии к физиологии. Такое решение вопроса... находилось бы в вопиющем противоречии с марксистско-ленинской философией и не соответствовало бы взглядам самого Павлова» (стр. 196).

Что касается взглядов по данному вопросу И. П. Павлова, то имеются прямые его высказывания о роли и значении психологии, о правомерности изучения «субъективной стороны человека» и т. д. Например: «...я хотел бы предупредить недоразумение в отношении ко мне. Я не отрицаю психологии как познания внутреннего мира человека» [3]. Из ряда этих высказываний позволим себе привести еще следующее:

«...Я всегда, с самого начала, стоял на том, и это можно видеть в моих ранних беседах, что физиология высшей нервной деятельности дает основную систему соответствующих явлений. Когда она достаточно расширится и углубится, когда она будет состоять из очень большого материала, тогда на эту систему физиологических механизмов можно будет пытаться наложить отдельные субъективные явления. Это мне представляется законным браком физиологии и психологии или слитием их воедино» [4].

Можно ли, используя подобные высказывания И. П. Павлова, говорить об отрицании им качественных отличий психики, психологии, субъективного? Думается, нет.

---

[1] К. М. Дедов, К вопросу об отношениях между психологией и физиологией высшей нервной деятельности, Вопросы философии, 1954, № 1, стр. 217.

[2] Там же.

[3] И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, изд. 2-е, т. 3, кн. 1, стр. 125.

[4] И. П. Павлов, Павловские среды, т. 2, стр. 561.

Разве «законный брак», по образному сравнению И. П. Павлова, дает основание говорить о полном отождествлении брачующихся сторон, их индивидуальном уничтожении? Так брак нигде и никогда как будто не понимался и не понимается. И почему «слитие воедино» нужно понимать не как единство в соответствии со словами И. П. Павлова, а как абсолютное тождество? Почему нужно приписывать И. П. Павлову не то, что он говорил, а что хочется видеть и прочесть у него некоторым вольным комментаторам?

Еще менее убедительны возражения проф. И. А Пионтковского по следующему вопросу, также методологического характера, — о господствовавшем в XVIII в. философском направлении. Во вступительной статье к книге «Избранные произведения С. Г. Зыбелина» проф. И. А. Пионтковский утверждал, что «XVIII век характеризуется господством религиозно-мистических, идеалистических, натурфилософских концепций» (стр. 31). В рецензии по этому поводу очень сдержанно указывалось, что «XVIII век— время боевого наступления материалистической философии, оказавшей влияние и на медицину», и что, несмотря на наличие виталистов, анимистов и представителей других идеалистических систем, «отдавать этот век в безраздельное господство религии и мистике нет никаких оснований» (стр. 62). Мысль эта представляется настолько элементарной и общепризнанной, что странно ее доказывать. Но, поскольку автор вступительной статьи усматривает в ней «попытку опровергнуть положение В. И. Ленина», придется и на этом месте задержаться.

XVIII в. характеризуется прежде всего нарастающим общественным движением, имевшим антифеодальную и антицерковную направленность и приведшим в конце века к буржуазной революции во Франции. Об этой революции В. И. Ленин писал: «...все развитие всего цивилизованного человечества во всем XIX веке — все исходит от великой французской революции, все ей обязано» [1]. «...Новую эпоху в истории человечества открыла великая французская революция» [2].

О философии же XVIII в. основоположники марксизма, непосредственно связывая ее с революцией в этом веке, писали следующее:

«...Философская революция служила введением к политическому перевороту» [3].

«...Французское просвещение XVIII столетия и, в особенности французский материализм, представляют собою не только борьбу против существующих политических учреждений, религии, теологии, но также открытую, ясно выраженную, борьбу против метафизики XVII столетия и против всякой метафизики вообще» [4].

«...Антитеологической, антиметафизической, материалистической практике должны были соответствовать антитеологические, антиметафизические, материалистические теории. Метафизика практически потеряла всякий кредит» [5].

Одновременно с материалистической философией XVIII в. во Франции развивался материализм в Англии, представленный Толандом, Коллинзом, Пристли, Ковардом, Гартли (последние двое — врачи) и др. Характеристики, даваемые им в указанных выше авторитетных источниках, близки к характеристикам философского и просветительного движения XVIII в. во Франции.

Не умножая выдержек, можно считать установленным, что оценка основного направления философии XVIII в. классиками марксизма прямо противоположна пониманию данного вопроса И. А. Пионтковским, считающим, что «XVIII век характеризуется господством религиозно-мистических, идеалистических, натур-философских концепций».

Мы должны признать одним из недостатков нашей рецензии то, что мы с преувеличенной сдержанностью и осторожностью упомянули об этом (стр. 62), не сказав ясно и четко о прямом расхождении автора статьи с оценками классиков марксизма.

Как же обстоит дело с существующим будто бы «положением В. И. Ленина», о попытке опровержения которого в рецензии пишет в своем письме И. А. Пионтковский? Он ссылается на статью «О значении воинствующего материализма». В указанном им месте идет речь о необходимости шире привлечь для атеистической пропаганды произведения атеистов XVIII в.

«Энгельс давно советовал руководителям современного пролетариата переводить для массового распространения в народе боевую атеистическую литературу конца XVIII века. К стыду нашему, мы до сих пор этого не сделали...» [6].

Несколько ниже В. И. Ленин продолжает: «Бойкая, живая, талантливая, остроумно и открыто нападающая на господствующую поповщину публицистика старых атеистов XVIII века сплошь и рядом окажется в тысячу раз более подходящей для того, чтобы пробудить людей от религиозного сна, чем скучные, сухие, не иллюстрированные почти никакими умело подобранными фактами пересказы марксизма...» [7].

---

[1] В. И. Ленин, Сочинения, изд. 4-е, т. 28, стр. 401.

[2] Там же, т. 21, стр. 271.

[3] Ф. Энгельс, Людвиг Фейербах и конец немецкой классической философии. Сочинения К. Маркса и Ф. Энгельса, т. XIV, стр. 635.

[4] К. Маркс, Святое семейство, Сочинения К. Маркса и Ф. Энгельса, т. III, стр 153.

[5] Там же, стр. 155.

[6] В. И. Ленин, Сочинения, изд. 4-е, т. 33, стр. 203.

[7] Там же, стр. 204.

Разве место, на которое хочет опереться проф. И. А. Пионтковский, дает хотя бы малейшее основание приписывать В. И. Ленину ту оценку философии XVIII в., которую имеет в виду и на которой настаивает проф. И. А. Пионтковский? Наоборот, речь идет как раз о передовых, прогрессивных, революционных течениях, характеризующих этот век и открыто нападающих «на господствующую поповщину». Под «господствующей» здесь совершенно очевидно имеется в виду стоящая у власти, официальная, казенная. Это совсем не то же, что преобладающая идейно, распространенная в обществе. Для революционных периодов, а XVIII век и был временем нарастающей революции, характерно как раз резкое расхождение между старой властью и передовыми слоями общества. Конечно, в XVIII в. вплоть до революции 1789 г. у власти оставался старый строй с его атрибутами. Передовые философы и писатели, как писал Ф. Энгельс, «ведут открытую войну со всей официальной наукой, с церковью, часто даже с государством... Сами они нередко переселяются в Бастилию» [1]; но Бастилия стояла на месте до 14 июля 1789 г. Вольтер, Морелли, Мабли, Мелье, Гольбах в разной форме и с различной степенью последовательности и остроты критиковали господствующую церковь, но церковная иерархия оставалась неприкосновенной вплоть до революционного свержения ее вместе с королевской властью и всеми институтами феодального строя. Именно об этом официальном господстве еще не свергнутой поповщины идет в данном случае у Ленина речь. Можно ли находить в этом основание для утверждения, что в революционном XVIII в. преобладали «религиозно-мистические, идеалистические концепции», да еще ссылаться в подтверждение на несуществующее положение В. И. Ленина?

XVIII в. характеризуется боевой, антицерковной, антипоповской направленностью преобладающих идейных течений и многих деятелей как выдающихся, так и рядовых. В. И. Ленин убедительно показывает это как раз в той же статье «О значении воинствующего материализма», на которую хочет опереться проф. И. А. Пионтковский для противоположных выводов.

Так же, как и по предшествующему пункту, в отношении взглядов И. П. Павлова, можно и в данном случае сделать вывод о весьма вольном обращении и весьма произвольном толковании проф. И. А. Пионтковским совершенно ясных высказываний В. И. Ленина и вернуть автору вступительной статьи упрек, который он направляет помещенной в журнале рецензии.

Следующее возражение проф. И. А. Пионтковского касается допущенного будто бы в рецензии искажения взглядов С. Г. Зыбелина в отношении сопоставления человека и остальной природы. Я бы расширил этот вопрос и усилил вину рецензента: на стр. 61 журнала сказано также об элементах телеологии во взглядах С. Г. Зыбелина, с ссылками на стр. 97 и 137, о сохранении С. Г. Зыбелиным миазматических воззрений в вопросе о распространении заразных болезней (стр. 106, 196). Все эти замечания идут по одной линии.

В нашей историко-медицинской литературе, в частности, в выпускавшейся Медгизом серии «Выдающиеся деятели отечественной медицины», установилась традиция односторонне подбирать черты положительные, преподнося их читателю в апологетическом тоне, а исторически обусловленные слабые черты либо совершенно замалчивать, либо приводить в такой дозе, что они фактически исчезают. Главное же — не дается сравнений с одновременно жившими и работавшими другими выдающимися нашими деятелями, что лучше всего могло бы помочь уяснить общие черты нашей отечественной науки в данную эпоху и действительное место, принадлежащее каждому деятелю. Получается сумма хвалебных характеристик отдельных ученых, без сопоставлений их взглядов, и не получается общей картины состояния медицины в данную эпоху в целом.

Это в сущности основная мысль рецензии, что и сказано в конце как общий вывод: «Пояснительные тексты, сопровождающие публикацию исторических материалов, оправданы, если они действительно помогают читателю разбираться в научном наследии ученого, уяснить эпоху и место в ней данного деятеля, его сильные и слабые стороны, отделить главное и исторически ценное от второстепенного и преходящего... Сборник избранных произведений С. Г. Зыбелина, как и некоторые другие издания последнего времени, показывает, что этот вид литературы требует внимания и серьезного улучшения». На этом основном выводе мы настаиваем, считаем его достаточно обоснованным и были бы рады сделать его, если будет нужно, предметом специального разбора.

Огромная роль С. Г. Зыбелина в развитии медицины в России и общий прогрессивный характер его учения бесспорны и это указано в рецензии (стр. 61). Но в XVIII в. в России был не один С. Г. Зыбелин, были и другие выдающиеся ученые, был большой писатель и ученый А. Н. Радищев. Без необходимых сравнений с современниками научная и философская позиция С. Г. Зыбелина остается недостаточно разобранной и недостаточно уясненной.

Сделанное в рецензии указание на необходимость такой сравнительной оценки наших ученых и, в частности, сопоставления воззрений ученых XVIII в. с идеями А. Н. Радищева вовсе не ново и мы никак не можем приписать его себе как свою оригинальную мысль. В некоторой степени оно выполняется авторами (например, С. М. Громбах, М. А. Тикотин и др.), подходящими к своей задаче более правильно, чем подходит проф. И. А. Пионтковский.

---

[1] Ф. Энгельс, Сочинения К. Маркса и Ф. Энгельса, т. XIV, стр. 635.

Никакой недооценки С. Г. Зыбелина и никакого искажения здесь нет: «Историю нельзя ни улучшать, ни ухудшать».

Что же касается возражения проф. И. А. Пионтковского, отводящего указание на известное отождествление С. Г. Зыбелиным человека и остальной природы тем аргументом, что он определял человека как «разумно-словесную тварь», что он подчеркивал наличие у человека «разума, слова, речи», то этот аргумент производит чрезвычайно странное впечатление. Разве, говоря о преувеличенном отождествлении человека и остальной природы, о биологизации человека, под этим понимают отрицание у человека разума, слова и речи? Думается, никто, нигде и никогда вопрос этот так не понимал и не ставил в литературе. Выдающийся клиницист А. А. Остроумов, например, определенно преувеличивал, как известно, аналогию между человеком и остальной природой, биологизировал человека, и с этой основной его ошибкой связаны некоторые другие. Странно было бы предполагать, однако, что А. А. Остроумов при этом отрицал у человека разум и речь. Аристотель доходил, как известно, до еще больших аналогий — не только с живой, но и с мертвой природой; он писал о жизни и смерти камней, минералов. Но искать у него отрицания разума и речи у человека не приходится. Наоборот, он больше многих других способствовал своей философией развитию человеческого разума. Непонятно, зачем проф. И. А. Пионтковский приводит подобный аргумент, ничего не доказывающий и не опровергающий. Тем более, что в рецензии говорилось в этом месте еще об элементах телеологии у С. Г. Зыбелина, о его миазматических взглядах и др.

На этом заканчивается и письме проф. И. А. Пионтковского постановка принципиальных или «методологических» вопросов (если так можно их назвать при том стиле, в каком он эти вопросы ставит) и начинаются обвинения в отношении приемов рецензирования. Нам кажется, что, если говорить о приемах, то скорее мог бы стоять вопрос о допустимости приемов научной полемики проф. И. А. Пионтковского.

В рецензии указано, что проф. И. А. Пионтковский не отметил некоторых, весьма важных высказываний С. Г. Зыбелина. Сюда относится замечательное организационное предложение о выделении в каждой деревне опытной «рожалой» женщины, которой следует во время летних полевых работ поручить «уход за своим полом и за младенчеством» (стр. 151 книги, стр. 62 рецензии). И. А. Пионтковский проходит мимо этого замечания. Сюда же относится еще более принципиально важное указание С. Г. Зыбелиным причин высокой детской смертности, «которых два источника полагая — физический и политический» (стр. 144 книги, стр. 61 рецензии). Не считаем, что главным достоинством вступительных статей является нагромождение цитат и что подобное требование может быть предъявлено, в частности, автору статьи о С. Г. Зыбелине; но указанные два весьма кратких высказывания С. Г. Зыбелина следовало бы, нам кажется, привести текстуально: они очень выразительны и не нуждаются в комментариях. Во вступительной статье И. А. Пионтковского (стр. 49—50) в связи с вопросом о благоустройстве населенных мест говорится, что С. Г. Зыбелин понимал социальные причины высокой смертности, в частности, детской; но это правильное указание не связано с блестящей по формулировке классификацией самого С. Г. Зыбелина и потому много теряет в убедительности. И. А. Пионтковский привел совершенно правильное определение причин высокой детской смертности как свое истолкование мыслей С. Г. Зыбелина, а не как формулировку самого автора, что было бы значительно ценнее. Сожаление об этом и выражено в рецензии: «К сожалению, автор обширной вступительной статьи не отметил этой принципиально важной классификации Зыбелиным...» и т. д. (стр. 61). Действительно, классификация С. Г. Зыбелина не приведена и не указано, что сам он дает такую классификацию. Против чего здесь возражает И. А. Пионтковский?

Попутно мы должны добавить, в рецензии не было указано, что едва ли правильно давать сопоставление взглядов С. Г. Зыбелина по данному вопросу с тем, что «развито и обосновано уже в советское время» (стр. 50 книги). Что советская медицина дала более правильную и полную трактовку соотношения социального и биологического, чем мог дать С. Г. Зыбелин в XVIII в., очевидно без специального упоминания и могло бы считаться аксиомой, заранее известной. Зато здесь требовалось бы и явно недостает сопоставления с взглядами А. Н. Радищева и Н. М. Максимовича-Амбодика, которые интересовались этими же вопросами и писали о них. Но как уже отмечалось выше, И. А. Пионтковский предпочитает не сопоставлять взглядов С. Г. Зыбелина с мировоззрением его современников, других отечественных ученых, и изображает С. Г. Зыбелина изолированно, в ущерб для полноты освещения и для правильного уяснения принадлежащего С. Г. Зыбелину исторического места.

Оспаривая приемы рецензирования, проф. И. А. Пионтковский приводит также место о Бургаве. В данном случае расхождение сводится скорее к оттенкам формулировок, чем к существу мысли. Нам представляется на основании некоторого знакомства с работами Бургава, что собственно медицинская, клиническая сторона его работ настолько важнее и значимее философской их стороны или, наоборот, философская сторона настолько слабее медицинской, что не стоит вообще, наряду с медицинскими, останавливаться на философских взглядах Бургава как на равнозначных по важности. Философские взгляды Бургава совершенно неоригинальны; они воспроизводят в упрощенном виде некоторые суждения его соотечественника Б. Спинозы, с одной стороны, некоторые взгляды английского философа Т. Гоббса, с другой, с добавлением и других

влияний. Думается, рецензент не обязан изображать некое верховное судилище и изрекать только общепризнанные и окончательно установленные истины, он имеет право и на выражение собственных своих взглядов, если они достаточно обоснованы, имеет право, в известных пределах, и на спор с автором, не выходя из рамок общих задач рецензии. За автором остается, в свою очередь, право на возражения — в печати или в ином порядке. Такие расхождения могут привести к полезному научному спору, если, конечно, спор ведется в плане научной аргументации, т. е. не так, как его ведет проф. И. А. Пионтковский.

На стр. 26 вступительной статьи упоминается о философской стороне взглядов Бургава, о его влиянии на мировоззрение и др. Мы вовсе не считаем и не писали об этом в рецензии, что оценка Бургава проф. И. А. Пионтковским неправильна. В основном она правильна. Нам кажется, что, по изложенным выше мотивам, не стоит вообще уделять философским взглядам Бургава то внимание, какое им часто уделяется; в оценке Бургава все внимание должно быть направлено на его клинические взгляды и педагогическую деятельность. Это мы и отметили в рецензии.

В данном случае наши оценки не расходятся так резко, как в других местах. Но мы не имели никакой надобности, как пишет автор, «дословно повторять его мысль», хотя бы по той простой причине, что Бургава мы читали не по И. А. Пионтковскому, а по Герману Бургаву.

Не считаем правильным настаивать на каждом слове рецензии и охотно вносим редакционное исправление в одно место, касающееся участия С. Г. Зыбелина в борьбе с чумой в Москве. Верно, что об этом кратко говорится во вступительной статье с ссылкой на некролог (к сожалению, содержащий неточности).

Около трех лет назад нам пришлось, по поручению Общества испытателей природы при Московском университете, давать рецензию на материал, собранный в обществе в связи с 150-летием со дня смерти С. Г. Зыбелина. Выяснилось, что имеется богатый архивный материал, рисующий работу С. Г. Зыбелина по борьбе с чумой значительно полнее, чем известно по опубликованным материалам. Достаточно упомянуть одно, что С. Г. Зыбелин не только практически участвовал в борьбе с эпидемией, но и оставил «Примечания при осмотрах больных заразительною язвою» и другие материалы, связанные с этой деятельностью. Все эти вполне доступные при желании обратиться к ним архивные материалы не нашли отражения во вступительной статье к изданной Медгизом книге, посвященной С. Г. Зыбелину. Не нашли в ней отражения равным образом и другие факты, касающиеся преподавательской, университетской деятельности С. Г. Зыбелина: улучшения им анатомического театра, активной его роли в первом присвоении Московским университетом ученой степени доктора медицины Фоме Барсуку-Моисееву и др.

Конечно, формально можно сказать, что проф. И. А. Пионтковский не обязан был ни искать, ни использовать эти источники, оказавшиеся вполне доступными для других. Охотно подтверждаю — не обязан. Но мы не могли пройти мимо того факта, что дважды произведения С. Г. Зыбелина едва ли будут издавать в пределах близкого времени. Поэтому к единственному изданию сочинений корифея отечественной медицины, которого не было со времени его смерти — в течение 150 лет, можно, естественно, подходить с соответствующими, если не требованиями, то ожиданиями. Можно было ожидать, что оно будет издано в сопровождении научного аппарата, отвечающего историческому значению издаваемых трудов на возможно более высоком уровне. Это мы и имели в виду, когда писали в рецензии: «Научно-исторический „аппарат" книги должен, по возможности, соответствовать ценности публикуемых исторических материалов» (стр. 63). Констатируем, что аппарат, приведенный проф. И. А. Пионтковским, этих ожиданий не оправдывает. Мы с максимальной осторожностью сделали этот вывод в конце, направив его не столько в адрес автора вступительной статьи, сколько в адрес издательства, говоря о недостатках данного вида литературы вообще. Готов внести в рецензию одновременно два редакционных исправления: а) автор вступительной статьи не обошел участие С. Г. Зыбелина в борьбе с чумой в Москве; он кратко сказал о нем, обойдя при этом имеющиеся источники и материалы; б) как в данном разделе, так и в некоторых других комментаторская работа проф. И. А. Пионтковского не соответствует пожеланиям, законно могущим быть предъявленным к пояснительным текстам при издании произведений корифеев отечественной медицины.

Автор вступительной статьи пишет в заключение еще о «ряде замечаний рецензента», на которых он не останавливается, и делает общий вывод, что «рецензент не прочел внимательно рецензируемую книгу». Надеюсь, что хотя бы настоящий ответ отчасти свидетельствует о противоположном. Очень сожалею, что у проф. И. А. Пионтковского не хватило времени и желания остановиться на всех других замечаниях в рецензии, которая, по его словам, «может только дезориентировать читателя». Имеет ли он в виду указание, что «терапевтический нигилизм» (стр. 41 книги, стр. 62 рецензии) является ошибочным течением в медицине середины XIX в., с которым незачем смешивать, как это сделано во вступительной статье, выступления церковников, которые не имели к нему никакого отношения? Имеет ли он в виду указание (стр. 62 рецензии), что автор вступительной статьи, приведя в примечании 5 слов И. П. Павлова о Гарвее, упустил главную мысль, что заслуга Гарвея заключается в введении нового, экспериментального метода, или что-либо другое?

Пересмотрев и разобрав с посильной для нас самокритичностью возражения автора вступительной статьи и комментариев, не находим в рецензии ни ошибочных методологических позиций, ни недопустимых приемов, ни дезориентации читателя. Приносим свои извинения за столь большие размеры ответа, к чему нас вынудила важность обсуждаемых вопросов, значение их для улучшения качества издаваемой историко-медицинской литературы, особенно изданий классиков, а также серьезность (или кажущаяся серьезность) бросаемых проф. И. А. Пионтковским обвинений и необходимость в них разобраться. Считаем, что характер помещенной в № 2 журнала рецензии ни по существу, ни по форме не давал оснований для того письма, которое прислал в редакцию проф. И. А. Пионтковский. Полагаем, что безосновательное злоупотребление обвинениями и сильными выражениями не является полезным видом научного спора. Нам кажется также, что все обвинения, выдвинутые проф. И. А. Пионтковским, при тщательном разборе оборачиваются против него самого.

Легче всего было бы ограничиться нейтральной и мало содержательной рецензией типа пересказа или реферата, как это иногда практикуется. Нам казалось более целесообразным и нужным для читателей журнала поставить принципиальные вопросы, затрагивающие как непосредственно разбираемую книгу, так и более существенный вопрос — вопрос о характере данного раздела литературы в целом. Допуская любые поправки и замечания по любому частному вопросу, позволим себе настаивать на правильности основных положений и выводов рецензии.

Хотим надеяться, что помещенная в № 2 журнала рецензия и поднятые в ней принципиальные вопросы в некоторой степени помогут дальнейшему улучшению данного вида литературы. А этому, в конечном счете, и призвана служить рецензионно-критическая работа.

П. Е. Заблудовский

ОТ РЕДАКЦИИ

Редакционная коллегия журнала «Советское здравоохранение» заслушала и обсудила на очередном заседании 8 июля 1955 г. письмо проф. И. А. Пионтковского и ответ доцента П. Е. Заблудовского по вопросу о рецензии на книгу «С. Г. Зыбелин. Избранные произведения». Редколлегия пришла к заключению о необходимости напечатать в журнале оба письма, так как поднимаемые в них вопросы представляют общий научный интерес для читателей журнала, а также имеют значение для повышения качества изданий классиков медицинской литературы и для повышения качества рецензий, публикуемых в наших журналах.

Редколлегия полностью присоединяется к соображениям, высказанным в письме П. Е. Заблудовского в ответ на письмо в редакцию проф. И. А. Пионтковского, и считает возражения проф. И. А. Пионтковского против опубликованной в № 2 журнала рецензии на книгу «С. Г. Зыбелин. Избранные произведения» необоснованными и опровергнутыми в ответе П. Е. Заблудовского.

СЪЕЗДЫ, СОВЕЩАНИЯ, КОНФЕРЕНЦИИ

МЕЖОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КРАЕВОЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ СИБИРИ

Одним из методов вовлечения научных работников и практических врачей в разработку проблемы истории медицины является проведение научных конференций по вопросам краевой истории медицины. Первая такая конференция была, как известно, проведена в 1954 г. в Рязани, вторая — в Томске 21—23 мая 1955 г.

В работе конференции приняли участие представители Новосибирского, Красноярского, Иркутского, Хабаровского, Омского, Челябинского, Свердловского, Алма-Атинского медицинских институтов и Сталинского института для усовершенствования врачей, а также историки медицины Москвы и других городов, всего около 700 человек.

Было заслушано 30 докладов и более 10 выступлений в прениях.

После вступительного слова заместителя директора по учебной части Омского медицинского Института проф. А. Г. Фетисова с докладом «Современное состояние и задачи истории медицины» выступил заведующий отделом истории медицины Института организации здравоохранения и истории медицины АМН СССР Б. Д. Петров.

В докладе «Основные этапы развития Томского медицинского института имени В. М. Молотова» директор института проф. С. П. Ходкевич охарактеризовал историю развития института и показал значение его в развитии отечественной медицинской науки и подготовке врачей, ученых. В Томском медицинском институте — первом вузе Сибири было подготовлено более 12 000 высококвалифицированных врачей, среди которых профессора Кулябко, Вершинин, Нестеров, Тимаков, Савиных, Яблоков, Карпов и др. Институт способствовал организации специализированной медицинской помощи населению Сибири, в создании Новосибирского, Иркутского, Алтайского и Сталинского институтов.

Учеными института написано несколько сот научных работ, среди них много докторских и кандидатских диссертаций, монографий и учебников.

Истории научных школ и роли отдельных ученых Томского медицинского института в развитии отечественной медицинской науки было посвящено 12 докладов.

Одним из интересных сообщений явился доклад члена-корреспондента АМН СССР проф Д. Д. Яблокова, осветившего краткую историю сибирских курортов.

Деятельность выдающихся представителей хирургии Томского медицинского института была освещена в докладах проф. К. Н. Черепнина и Н. П. Ищенко. Они рассказали о крупнейших хирургах — питомцах Томского медицинского института — профессорах Н. Н. Бурденко, В. Д. Добромыслове, Н. И. Березневском, А. Г. Савиных, В. Г. Шипачеве, П. Н. Обросове, С. А. Смирнове и др.

Яркие страницы в историю отечественной хирургии вписали замечательные томские хирурги — профессора Э. Г. Салищев и П. И. Тихов — создатели первых хирургических школ Сибири и их последователи — проф. Н. И. Березневский и А. Г. Савиных.

Выдающимся воспитанникам Медико-хирургической и Военно-медицинской академий, представителям пашутинской школы, возглавлявшим кафедру общей патологии Томского университета, профессорам П. М. Альбицкому, А. В. Репреву, Д. И. Тимофеевскому, П. П. Авророву посвятила свое выступление доцент В. С. Лаврова, показавшая, что благодаря их деятельности кафедра общей патологии Томского университета являлась одной из передовых кафедр в России.

Большой интерес вызвал доклад члена-корреспондента АМН СССР проф. С. П. Карпова о замечательном инфекционисте и эпидемиологе Сибири проф. Г. Ф. Вогралике.

Яркий доклад проф. А. Г. Сватиковой был посвящен истории Томской глазной клиники — первого учреждения по оказанию офтальмологической помощи в Сибири. Развитие профилактического направления, активная помощь органам здравоохранения по борьбе с трахомой, глазным травматизмом и глаукомой являются немаловажной заслугой этой клиники.

Интересными были доклады: кандидата медицинских наук И. В. Пронина — об основоположнике микробиологии в Сибири и основателе первого в Сибири института вакцин и сывороток, крупном ученом-микробиологе проф. П. В. Вутягине, ассистента кафедры физиологии Томского университета С. М. Ксенц — о деятельности крупного физиолога А. А. Кулябко, известного своими исследованиями по оживлению сердца человека и животных, кандидата медицинских наук Н. П. Мироновой — о большой работе, проведенной томскими учеными по разрешению проблемы фитонцидов, выдвину-

той в годы Великой Отечественной войны в результате поисков новых антисептиков для нужд фронта, кандидата медицинских наук Н. П. Минина — о известном анатоме, основателе кафедры нормальной анатомии и музея в Томске и Воронеже проф. Г. М. Иосифове, получившем в 1914 г. премию имени П. А. Загорского за первую русскую монографию по лимфатической системе, кандидата медицинских наук Т. Л. Старкова — об истории организации борьбы с трахомой в Сибири и ведущей роли в этой борьбе кафедры глазных болезней Томского медицинского института.

Большой интерес представляет группа докладов о приоритетах ученых Томского медицинского института в некоторых вопросах медицины.

Доклад проф. Д. И. Гольдберга был посвящен роли П. П. Авророва и А. Д. Тимофеевского в развитии методики культивирования тканей вне организма.

В докладе «Н. И. Лепорский — первый отечественный клиницист-физиолог» проф. А. А. Ковалевский рассказал о Н. И. Лепорском как о прекрасном клиницисте-экспериментаторе, впервые предложившем новый пробный завтрак — капустный сок и разработавшем методику пономентного исследования желудочной секреции с помощью тонкого зонда.

Проф. В. И. Суздальский, характеризуя П. Н. Лащенкова как крупного гигиениста, отметил его приоритет в разработке капельного метода передачи инфекций и бактерицидных свойств лизоцима.

История здравоохранения была представлена рядом докладов о медицинских учреждениях Сибири.

Главный врач психиатрической больницы З. Л. Чередова осветила важнейшие этапы развития и деятельности Томской психо-неврологической больницы — первой в Сибири и на Дальнем Востоке.

В связи с 50-летием со дня основания Томского научно-исследовательского института вакцин и сывороток кандидат медицинских наук Б. Г. Трухманов в своем докладе обобщил деятельность института — первого в Сибири бактериологического учреждения, отметив роль Томского института в создании первых бактериологических лабораторий и аналогичных институтов в других городах Сибири и Дальнего Востока.

В докладе главного врача Томского кожно-венерологического диспансера Ф. И. Израилевой раскрыта история борьбы с венерическими заболеваниями в Сибири, и роли в этом Первого кожно-венерологического диспансера в Сибири, который после Великой Октябрьской социалистической революции и на протяжении 35 лет своего существования проделал огромную работу, в результате чего в настоящее время в Томской области ликвидированы как массовые заболевания дерматомикозы, острая гонорея, а сифилис сведен к единичным случаям.

А. С. Грудзинская в докладах «Средние медицинские школы в дореволюционной Сибири» и «Акушерско-гинекологическая помощь в городах и селах Томской губернии до и после Великой Октябрьской социалистической революции» осветила пробелы в истории акушерско-гинекологической стационарной и амбулаторной помощи и формы подготовки медицинских кадров в этой области.

Большой интерес вызвал доклад проф. Н. П. Федотова о медицинской деятельности декабристов в Сибири. Декабристы оставили глубокий след в жизни сибирского общества, они были пионерами просвещения и оказывали медицинскую помощь. Имена М. И. Муравьева-Апостола, И. И. Пущина, Е. П. Оболенского, И. Д. Якушкина и др. надолго запомнились жителям Сибири.

Роли медицинских работников в революционном движении Сибири был посвящен доклад доцента Г. И. Мендриной, которая на основании архивных источников охарактеризовала активную деятельность ряда врачей и фельдшеров, работавших в подполье вместе с С. М. Кировым.

С интересом были прослушаны доклады представителей Института организации здравоохранения и истории медицины имени Н. А. Семашко АМН СССР доцента Л. О. Каневского и кандидата медицинских наук Е. И. Лотовой.

Выступавшие в прениях сделали ценные дополнения к многим докладам.

Принятая конференцией резолюция отразила основные достижения в изучении истории медицины Сибири и наметила задачи дальнейшей разработки исторической тематики [1].

Конференция рекомендовала использовать опыт Рязанского и Томского медицинских институтов в проведении межобластных и областных научно-практических конференций по краевой истории медицины, организовать специальные секции по истории медицины на годичных научных конференциях и при местных филиалах Всесоюзного гигиенического общества, привлечь к разработке архивных материалов практических врачей и студентов. Конференция решила просить Министерство здравоохранения РСФСР восстановить полезные традиции университетов по изданию «Известий медицинского института» и разрешить сибирским медицинским институтам издавать свой журнал, существовавший до 1936 г.

Не подлежит сомнению, что опыт проведения научно-практических конференций по вопросам краевой истории медицины заслуживает всяческого внимания и поощрения как мероприятие, имеющее большое научно-познавательное и общественно-политическое значение.

Г. И. Мендрина, Н. П. Ищенко, К. И. Журавлева

---

[1] Тезисы докладов участников конференции были изданы специальным сборником, вышедшим в свет к открытию первых заседаний.

ХРОНИКА

Призидиум Ученого совета Министерства здравоохранения СССР 7/VI 1955 г. заслушал и обсудил отчет о работе редколлегии журнала «Советское здравоохранение» зам. редактора Н. А. Виноградова и содоклад председателя комиссии по проверке деятельности редколлегии журнала за 1954 г. проф. М. И. Барсукова.

Призидиум Ученого совета Министерства здравоохранения СССР отмечает, что редколлегия журнала проделала значительную работу по освещению вопросов профилактики, медико-санитарного обслуживания сельского населения и рабочих промышленных предприятий. В журнале получили отражение вопросы организации работы лечебных учреждений, труда медицинского персонала и специализированной помощи населению.

Редколлегией журнала была проделана значительная работа с целью подчинить его содержание задаче удовлетворения растущих требований врачей-организаторов. С этой точки зрения является положительным в работе редколлегии стремление тематизировать каждый номер журнала.

Несмотря на наличие известных успехов, достигнутых редколлегией журнала «Советское здравоохранение», в ее работе имеют место значительные недостатки.

Журнал не уделял должного внимания вопросам теории советского здравоохранения, научного перспективного планирования, итогам выполнения плана работы органов здравоохранения, практического применения учения И. П. Павлова в деятельности лечебно-профилактических учреждений, роли советской общественности в улучшении медицинской работы. Статьи, в которых ставились бы вопросы, связанные с оценкой объединения больничной и внебольничной помощи, не публиковались. Статей, содержащих обобщение передового опыта лечебно-профилактических учреждений, помещалось крайне мало.

Редакция журнала оказалась в стороне от дискуссии по актуальным вопросам санитарной статистики и не приняла соответствующих мер к ликвидации беспризорности статистического раздела в журнале.

В журнале совершенно недостаточно представлены критические и дискуссионные статьи.

Имеются серьезные недостатки в рецензировании поступающих статей, а также в публикуемых рецензиях и рефератах.

Серьезным пробелом в деятельности редколлегии является недостаточная требовательность к авторам статей, что значительно снижало качество публикуемых рукописей. Не организовано должным образом изучение запросов читателей.

Президиум Ученого совета постановляет:

I. Признать работу редколлегии журнала «Советское здравоохранение» за 1954 г. удовлетворительной и одобрить работу комиссии, проверившей деятельность редколлегии.

II. В целях дальнейшего улучшения работы журнала «Советское здравоохранение» считать необходимым:

1. Поднять теоретический уровень журнала.

2. В центре внимания редколлегии журнала поставить освещение вопроса теории и практики медицинского обслуживания промышленных рабочих и работников сельского хозяйства.

3. Освещать на страницах журнала вопросы научного перспективного планирования и преподавания организации здравоохранения.

4. Укрепить раздел санитарной статистики, а также обмена опытом, в котором в первую очередь опубликовывать предложения врачей-новаторов.

5. Организовать на страницах журнала дискуссию по важнейшим проблемам теории, истории и статистики здравоохранения, подводя итоги и давая развернутую оценку различным точкам зрения на обсуждаемые вопросы.

6. Больше освещать самодеятельность трудящихся и участие общественности в строительстве советского здравоохранения.

7. Освещать опыт зарубежного здравоохранения, особенно в странах народной демократии. Развернуть критику реакционных теорий в области здравоохранения в капиталистических странах, одновременно освещая прогрессивные течения в медицине и положительный опыт в работе медицинских учреждений зарубежных стран.

8. При освещении опыта организации здравоохранения увязывать его с клиническими дисциплинами, особенно в части диспансеризации отдельных групп населения.

9. Освещение вопросов профилактики более тесно увязывать с применением физической культуры в оздоровительных и лечебных целях.

10. Улучшить раздел рецензий и рефератов, усилив в них критику недостатков рассматриваемых работ. Устранить имеющиеся недостатки в практике рецензирования

поступающих статей. Принять меры по оказанию действенной помощи авторам, в особенности практическим работникам. Добиться того, чтобы рецензии не превращались в средство вытеснения неугодного рецензенту направления в науке. В рецензионной работе необходимо изжить полностью стиль благодушия, а также огульного охаивания, третирования, как чуждый советской критике.

11. Шире использовать практику заказа статей по наиболее актуальным вопросам организации здравоохранения, санитарной статистики и истории медицины.

12. Регулярно проводить читательские конференции с обсуждением журнала. Рекомендовать редколлегии регулярно практиковать отчеты о своей работе на заседаниях научных медицинских обществ с публикацией результатов обсуждения.

ПОПРАВКА

В № 3, в статье Б. Н. Щупака, на стр. 52, строка 9 снизу напечатано: крепости и города Николаевска (ныне Ворошиловска). Следует читать: крепости и города Николаевска.

К СВЕДЕНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!

Учитывая, что большинство подписчиков оформляют свою подписку на периодические издания на очередной год заблаговременно, Главное управление по распространению печати «Союзпечать» Министерства связи СССР извещает о следующем:

1. Подписка на газеты и журналы на 1956 год будет открыта в начале октября с. г. в отделах Союзпечати, конторах, отделениях, агентствах связи, пунктах подписки на заводах, фабриках, шахтах, стройках, в колхозах, совхозах, МТС, учебных заведениях и учреждениях.

2. Прием подписки на центральные газеты и журналы будет продолжаться в пределах сроков, устанавливаемых местными отделами Союзпечати, конторами связи **с учетом ее завершения не позднее третьей декады ноября.**

По истечении установленных сроков подписка будет приниматься лишь со следующих месяцев, при наличии свободного тиража.

Указанный выше срок оформления подписки на 1956 год позволит обеспечить своевременный выпуск изданий и их быструю рассылку подписчикам.

Годовая подписка обеспечивает подписчика полным комплектом изданий.

Главное управление по распространению печати «Союзпечать» Министерства связи СССР просит всех подписчиков не откладывать оформление подписки на последние дни.

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПЕЧАТИ «СОЮЗПЕЧАТЬ» МИНИСТЕРСТВА СВЯЗИ СССР

8 ОКТ. 1955
13443
3 руб.
Всесоюзная Книжная палата
Обязат. экземпл.
1955 г.

ОТКРЫТ ПРИЕМ ПОДПИСКИ

на следующие издания
ГОСУДАРСТВЕННОГО ИЗДАТЕЛЬСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ НА 1956 ГОД

ЖУРНАЛЫ:

Акушерство и гинекология
Аптечное дело
Архив анатомии, гистологии и эмбриологии
Архив патологии
Бюллетень экспериментальной биологии и медицины
Вестник Академии медицинских наук СССР
Вестник венерологии и дерматологии
Вестник ото-рино-ларингологии
Вестник офтальмологии
Вестник рентгенологии и радиологии
Вестник хирургии имени И. И. Грекова
Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры
Вопросы медицинской химии
Вопросы нейрохирургии
Вопросы онкологии
Вопросы питания
Гигиена и санитария
Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии
Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова
Здоровье
Клиническая медицина
Лабораторное дело
Медицинская паразитология и паразитарные болезни
Медицинская промышленность СССР
Медицинская сестра
Ортопедия, травматология и протезирование
Педиатрия
Проблемы туберкулеза
Проблемы эндокринологии и гормонотерапии
Советское здравоохранение
Советский Красный Крест
Советская медицина
Стоматология
Терапевтический архив
Урология
Фармакология и токсикология
Фельдшер и акушерка
Хирургия

СОВЕТСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕФЕРАТИВНОЕ ОБОЗРЕНИЕ
в следующих выпусках:

Акушерство и гинекология
Болезни уха, горла и носа
Внутренние болезни
Глазные болезни
Детские болезни
Здравоохранение, гигиена и санитария, история медицины
Кожные и венерические болезни
Курортология, курортотерапия, физиотерапия
Микробиология, инфекционные болезни, эпидемиология
Невропатология и психиатрия
Нормальная и патологическая морфология с эмбриологией
Нормальная и патологическая физиология, биохимия, фармакология, токсикология
Онкология
Стоматология
Указатель предметный и именной
Хирургия

Подписка принимается в городских отделах «Союзпечать» и конторах связи.

Редакция и издательство подписки на журналы не принимают

Полный годовой комплект журнала обеспечивается только при оформлении подписки на год.

СВОЕВРЕМЕННО ОФОРМЛЯЙТЕ СВОЮ ПОДПИСКУ НА 1956 ГОД

Главное Управление «Союзпечать» Министерства связи СССР